



Høgskolen i **Hedmark**

**Campus Rena**

**Gitte Christine Korvann**

# **Hvilke forhold påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?**

En kvalitativ studie blant overordnet helse- og omsorgsledelse  
i fem østlandskommuner

Master i offentlig ledelse og styring - MPA

Masteravhandling 3MSA120

Våren 2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

## Forord

Høsten 2012 startet jeg opp på Masterstudiet og valget falt på Høgskolen i Hedmark, da MPA studiet på Rena også er et internasjonalt studie i samarbeid med Karlstad Universitet. Etter mange år som overordnet leder i kommunen ønsket jeg å få mer kunnskap om det området som jeg er så interessert i. Jeg ønsket å få kunnskap som kunne styrke meg i min påvirkningsmulighet overfor politisk og administrativ ledelse. Ny og spennende kunnskap har jeg fått fra dag én.

Jeg vil takke alle mine medstudenter, lærere og forelesere for inspirerende og gode diskusjoner, samt et godt læringsmiljø. Alle har bidratt med høyt faglig innhold, gode praksisfortellinger og ikke minst godt samhold. Det å sette seg på skolebenken igjen har vært en sann glede, mye takket være dere.

En spesiell takk til medstudentene Anette Gultvedt og Nils Kvilvang for deres konstruktive bidrag med å dele av deres kunnskap, men også for å støtte meg gjennom studiet.

Tusen takk til foreleserne Peter de Souza, Sjur Kasa, Hans Christian Høyer, Bjarne Jensen og Bent Sofus Tranøy for gode diskusjoner og samhold både i og utenfor forelesningssalen. En spesiell takk til Erik Fjell for god faglig veiledning underveis med masteravhandlingen.

En riktig stor takk sendes også til mine respondenter. Dere har alle bidratt til at denne avhandlingen nå er ferdigstilt og har også gitt meg mye stoff jeg gjerne ønsker å arbeide videre med.

Til mine kjære døtre, Marlene, Nathalie og Elida, vil jeg takke for at dere har latt mamma få tid og rom til å fullføre studiet. Takk for at dere har hatt tro på at mamma kan.

En takk også til min kjære nabo Heidi, mine to voksne døtre og min pappa som har hjulpet til som barnevakt for Elida når jeg har vært på samlinger.

I en familie hvor «alle» går på skolen har det vært fantastisk godt å få gode og konstruktive tilbakemeldinger. Tusen takk til dere alle og spesielt min kjære søster Tonja.

Hakadal, 1. mars 2015

Gitte Christine Korvann

## Innhold

<b>FORORD .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	6
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	7
1.3 AVGRENSNINGER.....	9
<b>2. TEORI, REFERANSERAMME OG BAKGRUNNSSTOFF .....</b>	<b>10</b>
2.1 LOVKRAV .....	11
2.2 ORGANISASJONSTEORI, ORGANISERING OG STYRING.....	12
2.2.1 <i>Policy, politics and polity</i> .....	14
2.2.2 <i>Mål og budsjettarbeid i offentlig sektor</i> .....	17
2.3 MAKTE OG PÅVIRKNING.....	22
2.3.1 <i>Makt i det politiske systemet</i> .....	26
2.4 SAMHANDLINGSREFORMEN OG NY HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOV.....	29
2.5 PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN.....	31
2.6 KOMPETANSE .....	32
2.6.1 <i>De fire fortolkningsrammer</i> .....	34
2.7 KVALITET .....	36
2.7.1 <i>Kvalitetsindikatorer</i> .....	43
<b>3. METODE OG FORSKNINGSDESIGN .....</b>	<b>45</b>
3.1 UTVALGSKRITERIER OG STRATEGISK UTVALG .....	46
3.2 UTVALGET I DENNE AVHANDLINGEN .....	48
3.3 INTERVJUSTRUKTUREN .....	49
3.4 HENSynet TIL RESPONDENTENE .....	50
3.5 METODEKRITIKK.....	50
3.6 VALIDITET OG RELIABILITET .....	51
<b>4. PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE .....</b>	<b>54</b>
4.1 FORKLARING AV RESULTAT OG ANALYSER.....	54
4.2 KOMPETANSE .....	56

4.2.1	<i>Sykepleiefaglig kompetanse</i> .....	57
4.2.2	<i>Ledelseskompetanse</i> .....	57
4.2.3	<i>Kompetansens betydning for kvaliteten og faglig integritet</i> .....	59
4.3	ORGANISERING .....	62
4.3.1	<i>Politisk organisering</i> .....	63
4.3.2	<i>Administrativ organisering</i> .....	65
4.3.3	<i>Krav og forventninger i arbeidet</i> .....	68
4.3.4	<i>Rapportering og lederstøtte</i> .....	71
4.3.5	<i>Organisering av stab- og støttefunksjoner</i> .....	75
4.3.6	<i>Organiseringens betydning for kvaliteten</i> .....	77
4.4	MAKT OG PÅVIRKNING.....	78
4.4.1	<i>Pasient og pårørendes påvirkning</i> .....	79
4.4.2	<i>Mediemakt og påvirkning</i> .....	86
4.4.3	<i>Makt og påvirkning fra politikere og overordnet administrasjon</i> .....	88
4.4.4	<i>Makt og påvirkning fra tilsynsmyndigheter</i> .....	91
4.4.5	<i>Egen makt og påvirkningskraft</i> .....	94
4.4.6	<i>Makt og påvirkningens betydning for kvaliteten</i> .....	96
5.	<b>DISKUSJON AV PROBLEMSTILLINGEN OG UNDERLIGGENDE SPØRSMÅL</b> .....	98
5.1	HAR LEDELSESKOMPETANSE BETYDNING FOR KVALITETEN PÅ HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN? .....	98
5.2	ER DET SAMMENHENG MELLOM POLITISK OG ADMINISTRATIV ORGANISERING OG KVALITETEN PÅ HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN? .....	99
5.3	PÅVIRKES LEDERE AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN AV AKTØRER SOM BENYTTET MAKT OG PÅVIRKER DETTE DERMED KVALITETEN PÅ TJENESTEN? .....	100
5.4	PÅVIRKER TILSYN KVALITETEN PÅ HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN?.....	101
5.5	HAR HELSE- OG OMSORGSLEDERE SELV MAKT SOM PÅVIRKER KVALITETEN PÅ TJENESTEN? .....	102
6.	<b>KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE</b> .....	103
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	105
	<b>NORSK SAMMENDRAG</b> .....	108
	<b>ABSTRACT</b> .....	110
	<b>VEDLEGG – KVALITETSFORSKRIFTEN, FORESPØRSEL OM INTERVJU, INTERVJUGUIDE</b> .....	112

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har som overordnet leder i helse- og omsorgstjenesten i en kommune gjennom mange år, undret meg over hva det er som påvirker kvaliteten på tjenesten ut til brukerne. For noen år siden deltok denne kommunen i KS Effektiviseringsnettverk. I nettverket skulle den enkelte kommune utarbeide tjenesteanalyser basert på en sammenligning av KOSTRA tallene, svar fra brukerundersøkelser og svar fra medarbeider-undersøkelser. Tjenesteanalysen skulle finne forbedringsområder som igjen skulle nedfelles i mål for videre utvikling av tjenesten.

Brukerundersøkelsen viste at pleie- og omsorg i kommunen yter tjenester som brukerne er godt fornøyd med. Brukere opplever trivsel og respektfull behandling både i hjemmetjenesten og på institusjon. Kommunen har et forbedringspotensial i å få et enda bedre samarbeid med brukere og pårørende slik at de får god informasjon. Pårørende er en stor ressurs som det blir viktig å samarbeide med i det videre arbeid. Informasjon og kommunikasjon vil derfor være hovedfokus videre. Det er mye godt arbeid som er gjort i pleie- og omsorg i kommunen. Gjennom undersøkelsen så vi at virksomheten er på rett vei. Brukere blir tatt på alvor og blir gitt en respektfull behandling. Dette gode arbeidet skal opprettholdes. Samtidig vil virksomheten fortsette forbedringsarbeidet, spesielt i forhold til informasjon og kommunikasjon.

Fagkompetansen er høy blant de ansatte. Dette kommer fram ved at brukerne opplever at de mottar tjenester med høy faglighet. Dette gjenspeiler seg i trygghet for bruker og pårørende. Gjennom analysen kunne vi trekke følgende konklusjon at pleie- og omsorgstjenesten i kommunen kjennetegnes ved:

1. Høy andel institusjonsplasser for de over 80 og institusjonene driftes rimelig
2. Den økonomiske nettorammen for pleie og omsorg er noe lavere enn gjennomsnitt for landet.
3. Andel yngre med omfattende tjenestebehov er høyt
4. Tjenester tildeles etter reelle behov og er dermed en indikasjon på en strengere inntakspolitikk (høyere terskel)
5. Mangler et nivå i omsorgstrappa da det er for få omsorgsboliger med heldøgns tjeneste
6. Brukertilfredsheten er meget god

7. Medarbeidertilfredsheten er meget god – og nærværet er økende

Så ble det tatt en vurdering av resultateffektiviteten. Vi skulle undersøke følgende:

- Er det en sammenheng mellom innsatsfaktoren og resultat?
- Får vi ”gode nok” resultater i forhold til innsatsfaktoren?
- Hva er ”godt nok” for våre brukere/tjenestemottakere?
- Hva er ”godt nok” for oss?

Det er en klar sammenheng mellom resultater og innsatsfaktorer. Brukere og medarbeidere er godt fornøyd. Brukerne mener de får en tjeneste med trygghet, forutsigbarhet og en høy grad av respekt. Medarbeiderne mener de gjør en viktig jobb og er stolte over arbeidsplassen sin. Selv med en lavere prioritering enn landet for øvrig, yter kommunen en tjeneste av god kvalitet.

Avslutningsvis i tjenesteanalysen ble det satt opp mål og forbedringstiltak ut ifra det vi har kommet frem til i vår vurdering av resultateffektiviteten. Det er meget viktig at selv om både brukere og medarbeidere er fornøyde, er det likevel flere forbedringsområder. Gjennom denne tjenesteanalysen og flere utviklingsprosjekter har vi sett på kompetansen til både medarbeidere og ledere. Organiseringen av tjenesten er også vurdert nærmere. Det er utarbeidet kompetanseplaner og brukt mye ressurser på kompetanseheving av de ansatte, noe også kommunen har mottatt støtte til gjennom overføringer fra sentrale myndigheter, gjennom Kompetanseløftet.

Men er det andre faktorer som også spiller inn? Hva med overordnet ledelse og deres påvirkningskraft? Hva med lokalpolitikere? Hva med organiseringen av tjenesten? Har media innflytelse?

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med disse spørsmålene som bakteppe vil derfor problemstillingen ta for seg hvilke forhold som påvirker kvaliteten på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kvalitet er subjektivt og det er derfor vanskelig å definere hva som er god kvalitet og hva som er godt nok.

Regjeringen la den 12. desember 2014 frem Stortingsmelding nr. 11 – Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Der står det følgende: «Bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenesten. Regjeringen vil arbeide

for å begrense uberettiget variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitetshensyn.» (Meld. St. 11, s.5)

Regjeringen sier videre at «det er viktig å rette kvalitetsarbeidet inn på tre områder: Å etablere en balansert og kvalitetsorientert ledelse, etablere systemer som skal bidra til bedre kvalitet, og å etablere en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten.» (s.5)

Kvaliteten på tjenesten er et ledelsesansvar. Men hvilke forhold er det som den overordnede helse- og omsorgsledelse i kommunen mener påvirker kvaliteten på tjenesten som gis? Det er høye krav og store forventninger til hvordan helse- og omsorgstjenesten skal ledes. Har kvaliteten på tjenesten noe sammenheng med hvordan tjenesten er organisert?

Økonomi og økonomistyring er sentralt i arbeidet for overordnet helse- og omsorgsledelse. Den vil derfor omtales i avhandlingen. Det er oftest mangel på budsjett som gjør at det må gjøres nødvendige prioriteringer om hvem som kan få tjenester, i hvilket omfang og til hvilken kvalitet. Hva er godt nok? Politikerne må gjøre sine prioriteringer overordnet, men ofte kan man se at når enkeltsaker kommer frem i media, eller ved klagesaker, vil politikere gi pasienten/ pårørende medhold. De synes det blir urimelig at ikke vedkommende skal få tjenesten. Da benyttes det press ved at helse- og omsorgstjenesten blir pålagt å gi tjenesten i det omfang som vedkommende ønsker. I neste omfang blir det ikke godtatt at budsjettrammen er overskredet.

Det jeg ønsker å få forsket på er dermed:

*Hvilke forhold påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? – en kvalitativ studie blant overordnet helse- og omsorgsledelse i 5 østlandskommuner.*

### **Underordnet forskningsspørsmål:**

For å finne svar på dette er det nødvendig med en del underordnede forskningsspørsmål som understøtter problemstillingen. Kvaliteten vil i denne avhandlingen være det essensielle jeg ønsker å forske på.

*Har ledelseskompetanse betydning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?*

*Er det sammenheng mellom politisk og administrativ organisering og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?*



---

*Påvirkes ledere av helse- og omsorgstjenesten av aktører som benytter makt og påvirker dette dermed kvaliteten på tjenesten?*

*Påvirker tilsyn kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?*

*Har helse- og omsorgsledere selv makt som påvirker kvaliteten på tjenesten?*

### **1.3 Avgrensninger**

«Helse- og omsorgstjenesten er en kunnskapsintensiv sektor. Prosedyrer, behandlinger og metoder er i stadig utvikling, og kunnskap om hva som er beste praksis er ingen gitt størrelse. Det er et mål å sørge for systemer som gjør at oppdatert kunnskap tas i bruk, faglige veiledere og retningslinjer følges og det gis kunnskapsbasert beslutningsstøtte til helsepersonell». Dette står det i Meld. St. 11 om Kvalitet og pasientsikkerhet 2013 som kom nå i høst. Kunnskap og kompetanse står sentralt når vi snakker om en god kvalitet på helse- og omsorgstjenesten. Jeg har likevel valgt å avgrense denne avhandlingen til ikke å gå i dybden på fagkompetanse til medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten. Det er en innlysende faktor for kvaliteten at kompetansen, hos medarbeiderne - de som møter pasienten, er riktig og at den er god. Jeg vil i stedet diskutere lederens kompetanse, både erfaringskunnskap men også tillært lederkompetanse.

Gjennom intervjuene fikk jeg mye og interessant stoff som respondentene mente var viktig for kvaliteten på tjenesten. På grunn av avhandlingens størrelse har jeg kun hatt mulighet til å gå i dybden på tre utvalgte temaer, ledelseskompentanse, organisering, makt og påvirkning. Innenfor hvert av disse tema er det mye teori. Det har derfor også vært nødvendig å begrense omfanget av hvert enkelt tema.

## 2. Teori, referanseramme og bakgrunnsstoff

I dette kapittelet vil jeg gi en redegjørelse for ulike organisasjonsteorier av offentlig virksomhet i tillegg til hvilke lovkrav som stilles den kommunale helse- og omsorgstjenesten og hva som styrer den politikken som føres på området. Det å forstå hvorfor og hvordan en kommune er organisert og se på hvilke lovkrav som ligger bak, vil være viktig for forståelsen av hvordan ulike instanser kan påvirke tjenesten som ytes.

Makt og påvirkning er i seg selv viktige virkemidler for så vel det politiske systemet som for administrativ ledelse. «*Det holder ikke å gjøre en jobb for å lykkes på jobb. Det du trenger, mest av alt, er makt*», Jeffrey Pfeffer (Lai, 2014). Overordnet helse- og omsorgsledere møter makt og påvirkning fra flere hold i deres tjeneste. Jeg vil derfor gå nærmere inn på hva teorien sier om dette. Overordnede begreper som jeg vil komme inn på i min forskning, er i hovedsak ulike maktbegreper og jeg vil benytte Max Weber i min forståelse av maktbegrepet i tillegg til statsviteren Robert A. Dahl og professor Linda Lai.

Da forskningen også vil ta for seg makt i forhold til de økonomiske prioriteringer som gjøres både fra administrativ og politisk ledelse og systemer vil det være nødvendig å gå inn på både organisering og organisasjonsteorier, men også økonomien direkte. Baldersheim & Rose vil være aktuelle teoretikere å benytte til dette.

I organisasjonsteori vil jeg ta utgangspunktet i Bolman & Deal, samt boken til Christensen, Lægreid, Roness og Røvik «Organisasjonsteori for offentlig sektor» og til Busch, Vanebo og Dehlin «Organisasjon og organisering». Scott skiller mellom tre perspektiver for analyser av organisasjoner. De kan betraktes som rasjonelle systemer, naturlige systemer og åpne systemer. De rasjonelle systemene har en høy grad av formalisering og arbeider mot spesifikke og klare mål. De som arbeider i rasjonelle organisasjoner er bundet sammen i en formell struktur. For organisasjoner i et naturlig system er målene ofte upresise og motstridende og medlemmene arbeider i liten grad mot felles mål. For organisasjoner med åpent system betraktes som en organisasjon med en samling av aktiviteter som i større eller mindre grad er avhengig av hverandre (Busch et al 2010). Med dette perspektivet, med de tre fortolkningene, anser jeg en kommune som et rasjonelt system.

Kompetansen i virksomheten er viktig for kvaliteten, og jeg vil på bakgrunn av forskningsspørsmålene se litt nærmere på ledelseskompentanse. Dersom jeg bruker Bolman & Deals fire fortolkningsrammer, den strukturelle, human-resource, den politiske og den

symbolske rammen, må vi også se ledelsesfunksjonene i lys av faser.(Bolman & Deal 2003). En leder må kunne se gjennom alle fire for å kunne regne med å forstå organisasjonens dybde, kompleksitet og behov. Dette vil også være avgjørende for forståelsen av bruk av makt.

Avslutningsvis i kapittelet vil jeg ta for meg kvalitetsbegrepet. Kvalitet er avhandlingens hovedtema og hva som påvirker kvaliteten i selve tjenesten. Her vil jeg se nærmere på Total Kvalitets ledelse og ha det som bakgrunn for den videre diskusjonen rundt ledelsesteorier.

## 2.1 Lovkrav

Helse- og omsorgstjenesten må forholde seg til en rekke lovkrav i sin tjeneste. Den er rettet mot forvaltningen og mot tjenesten, både direkte og indirekte. Den viktigste overordnede loven, foruten kommuneloven, som vil bli gjennomgått er Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven). Ellers må helse- og omsorgstjenesten forholde seg til en ikke uttømmende liste over lover, forskrifter og rundskriv.

Jeg nevner (i kortform) Folkehelseloven, Forvaltningsloven, Offentleglova, Pasient- og brukerrettighetsloven, Helsepersonelloven, Helseregisterloven og Pasientjournalloven. I tillegg er det et utall forskrifter som: Internkontrollforskriften, Legemiddelforskriften, Egenandelsforskriften, Vederlagsforskriften, Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Listen er selvfølgelig ikke uttømmende. I tillegg er det nødvendig for den kommunale helse- og omsorgstjenesten å forholde seg til Spesialisthelsetjenestens lover og forskrifter i tillegg, samt lover og forskrifter rundt håndtering av mat, hygiene og smitte. Noen av de viktigste lovene og forskriftene vil bli gjennomgått nærmere.

Helse- og omsorgstjenesten er en del av kommunens forvaltning og dermed underlagt Kommuneloven hvor det står i § 1 at:

Formålet med denne lov er å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt og fylkeskommunalt folkestyre, og for en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling. Loven skal også legge til rette for en tillitsskapende forvaltning som bygger på en høy etisk standard (Kommunelovens § 1).

Organiseringen av den kommunale driften er tillagt administrasjonssjefens (rådmannens) ansvar. Jeg vil i avhandlingen gå nærmere inn på organiseringens betydning for tjenesteytingen, både politisk og administrativt da dette er et av områdene som ble trukket fram av respondentene som vesentlig for kvaliteten på tjenesten.

## 2.2 Organisasjonsteori, organisering og styring

Hvilken innvirkning har organisering og styring i en kommune på hvilke oppgaver som blir prioritert og gir dette utslag på virksomhetsområdet helse og omsorg? Christensen et al (2010) konsentrerer sin tilnærming til organisasjonsteori rundt en *strukturell-instrumentell tilnærming* og en *institusjonell tilnærming*. Ved det instrumentelle perspektivet ses organisasjonen som et redskap eller verktøy for lederne. Den formelle organisasjonsstrukturen legger begrensninger på den enkeltes handlinger og begrenser kapasiteten til å realisere mål og verdier. Ved den institusjonelle tilnærmingen har organisasjonen sine egne regler, verdier og normer som gjør de mer selvstendige (Christensen et al 2010).

Det er klare forskjeller mellom offentlige og private organisasjoner, sier Christensen et al hvor de deler Graham Allisons syn (2010). For det første må det offentlige ta hensyn til et bredere sett av mål og verdier. De skal favne alle. Derne er ledere i det offentlige ansvarlig overfor alle og det kreves en større grad av åpenhet, likhet, upartiskhet og forutsigbarhet, enn i det private. Likevel har det vært en større grad av endringer i organiseringen av det offentlige som tenderer mer over til det private de senere årene. New Public Management er en slik retning (Christensen et al 2010).

Christensen et al (2010) mener at selv om offentlige institusjoner er underlagt en politisk ledelse, så endres og omstilles ikke offentlige institusjoner enkelt ut fra skiftende krav eller endret politisk ledelse. Det er fordi at de institusjonelle faktorene kommer til uttrykk og legger begrensninger på de instrumentelle. Kulturperspektivet problematiserer dermed de instrumentelle forutsetningene og fremhever det som gjelder i den allerede etablerte kulturen. I tillegg blir organisasjonen institusjonalisert ved at de adopterer modeller eller trender fra andre organisasjoner, det såkalte myteperspektivet (ibid).

Høyer (2012) tar i forelesning utgangspunkt i de tre idealprinsipper for organisering; det perfekte marked, det perfekte byråkrati og det perfekte demokrati. Dette er et utgangspunkt for å forstå hvordan man kan regulere maktutøvelsen.

- Det perfekte marked baserer seg på legitimitetsgrunnlag som rettssikkerhetshensynet (ledernes evne til å ivareta individuelle rettigheter og mindretallets rettigheter mot flertallet).
- Det perfekte byråkratiet baserer seg på effektivitetshensynet (dette prinsippet bygger på at ledere må produsere ønskede resultater).
- Det perfekte demokrati baserer seg på det demokratiske element (her vektlegges representasjon og ansvarlighet)

Legitimitet vil i denne sammenheng si at de styrte føler de styrende maktbruk som rettmessig og akseptabel. Legitimitetskravene gjør at de styrende (staten) kan vurderes etter 3 perspektiv: et økonomisk, et politisk og et juridisk.

I en kommune skjer gjerne organiseringen gjennom en utforming av en formell organisasjonsstruktur som vi gjenkjenner med ulike grader av spesialiseringer og samordning av tjenester. Hvem er det egentlig som har makten i lokalpolitikken? Da må vi se nærmere på hvordan kommunen er organisert. NIBR har på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet kartlagt organisasjons- og arbeidsformer i kommuner og fylkeskommuner i 2012. Tilsvarende undersøkelser er gjort fem ganger tidligere i 1995, 1996, 2000, 2004 og 2008. Tidligere kartlegginger viste at det var store endringer i kommunens organisering. Bakgrunnen for dette var kommunelovens endringer i 1993 som i stor grad gav mulighet til kommunene selv og bestemme hvordan de ville organisere både politisk og administrativ ledelse. Denne endringen varte frem til 2004 og bestod for det meste av en omfattende delegering av myndighet og innføring av målstyring, inspirert av New Public Management (NIBR-rapport 2012:21).

Tidligere var hovedutvalgsmodellene mest vanlig mens nå blir funksjonsmodellen eller formålsmodeller mer fremtredende. Med formålsmodellen fordeles oppgavene mellom utvalg eller komiteer etter tjenestetype. Den vil ofte følge tradisjonell sektorinndeling som f.eks. helse- og sosial. Med funksjonsmodellen fordeles utvalg eller komiteer etter oppgavetype som f.eks. tjenesteoppgaver som undervisning, helse- og sosial. Det skjer en økning mellom 2008 og 2012 på kommuner som velger funksjonsmodellen (NIBR-rapport 2012:21).

### 2.2.1 Policy, politics and polity

For å gi en bakgrunn for å forstå prioriteringene for politikken som føres og for de politiske prosessene vil jeg i dette kapittelet først gjøre rede for begrepene «Policy, politics and polity». Deretter vil jeg beskrive «the polity and politics» innenfor «policy-området», helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

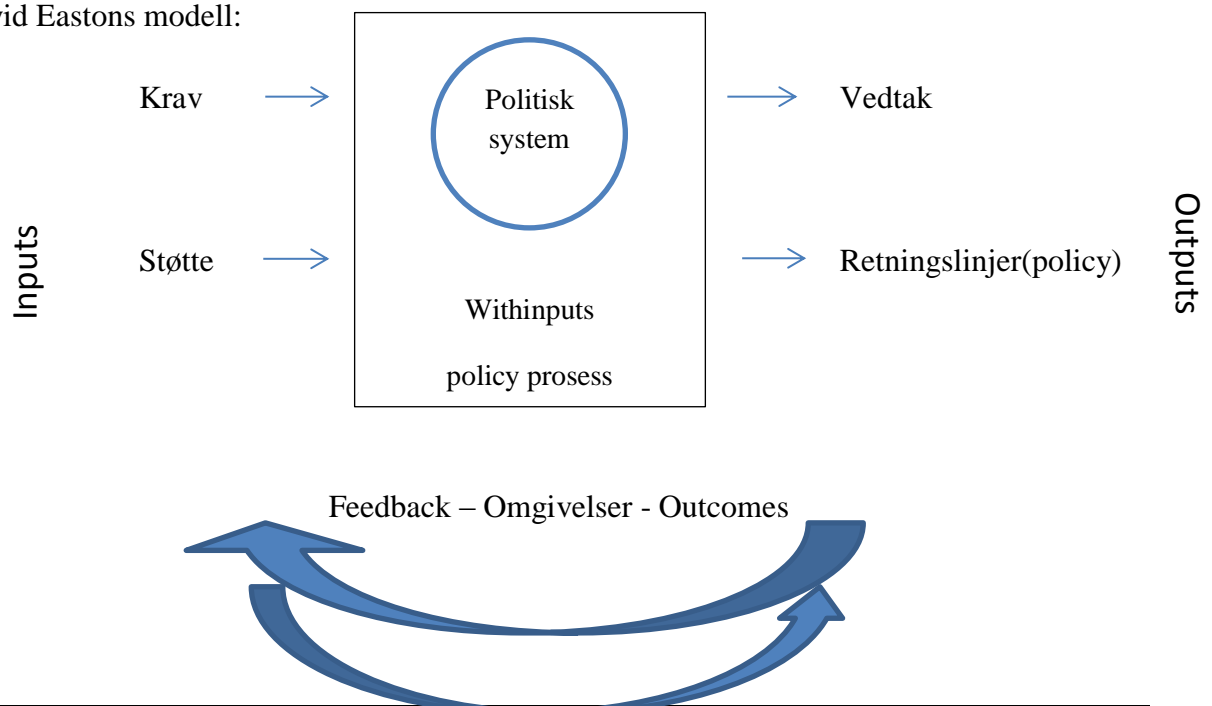
Politikk på norsk er ett enkelt begrep men som har flere betydninger. På engelsk benyttes tre forskjellige begreper for å beskrive politikken; Policy, politics and polity. Høyer (forelesning høst 2012) beskrev begrepene slik;

- Politics er fordelingen og beslutningsprosessen – det politiske spillet
- Polity er selve arenaen og apparatet hvor prosessene utkjempes
- Policy er selve innholdet og resultatet av beslutningsprosessen (helsepolitikk, utdanningspolitikk, samferdselspolitikk etc.)

Dette sammenfaller også med Hansens definisjoner av begrepene. (Baldersheim & Rose, 2005). Politics bestemmer policy og policy bestemmer politics. Når jeg går i dybden på policy begrepet vil jeg trekke frem David Eastons definisjon av policy: «*Policy consists of a web of decisions and actions that allocate values*» (Hill, 2009, s.15).

Easton modellen som gjengis og beskrives i f.eks. Hill (s.142), Baldersheim & Rose (s.115) og Østerud (s. 32), trekkes også frem i forelesningene til Høyer og Tranøy (forelesninger høsten 2012).

David Eastons modell:



I Eastons perspektiv ser man på forholdet mellom de styrende og de styrte og hvordan dette håndteres.

«Hvordan menneske (deg, meg og vi) i flere forskjellige roller og kanaler kan påvirke de styrende (regjering/ storting, fylke og kommune) som institusjon og hvilken styringsmåte som blir utøvd for/ mot menneskene i samfunnet (deg, meg og vi) i den retning som er best for oss selv» (Høyer, forelesning høst 2012).

Det viktige her blir input og output. I det representative demokratiet vil folkeviljen komme til uttrykk gjennom mulighetene for påvirkning – input. Resultatet vi ser av påvirkningen vil komme til uttrykk gjennom vedtak og retningslinjer – output. Politisk aktivitet kan analyseres innenfor et system som består av en rekke prosesser. Disse må være i balanse for at virksomheten skal overleve, hevder Easton. Han hevder videre at politiske systemer er som biologiske systemer. Politiske systemer eksisterer av en rekke systemer, inkludert samfunnssystemer og økologiske systemer. I Easton modellen er en av de sentrale faktorene i den politiske prosessen- input. Det kan man se i form av krav og men også av støtte. Kravene viser seg gjennom påvirkning og ønsker fra grupper eller enkeltpersoner, som igjen påvirker myndighetene. I kapittel 4 hvor funnene i denne studien blir presentert, vil vi se om overordnet helse- og omsorgsledere har den nødvendige påvirkningskraft og mulighet til og direkte påvirke kvaliteten på den tjenesten som gis ut til brukerne. Beslutninger er da administrative, tatt på vegne av politikerne, jfr. den kommunale organiseringen. Dette er selve fordelingsprosessen, produksjon av vedtak og retningslinjer – output (Hill, 2009).

### **«The polity and politics» innenfor policyområdet helse og omsorg**

Helse- og omsorgstjenesten er som oftest en av de største virksomhetene i kommunen og står, i de fem kommunene som er undersøkt i avhandlingen, for fra 26-30 % av de totale driftsutgiftene til kommunen.

Hvilken betydning har de lokale politiske forholdene for budsjettbeslutningene? Selv om helse- og omsorgstjenesten har vært et satsningsområde for regjeringen og det er gitt økte rammer til kommunene for å ivareta de økende helse- og omsorgstjenestebehovene, ses ofte ikke dette lokalt. Utgiftsnivået er stort sett lagt ut fra et sosioøkonomisk aspekt. Selv om det er et direkte årsaksforhold ved f.eks. flere eldre i kommunen, gir ikke dette en direkte endring av budsjettet til helse og omsorg. Det er de administrative og politiske beslutninger som avgjør prioriteringene (T. Hansen i Baldersheim & Rose, kap.5).

Setter man dette inn i «Eastonmodellen» ser vi at «folket» har gitt sin støtte til valget av sine kommunestyremedlemmer som vil fronte deres fanesaker. De politiske prosessene tar i liten grad hensyn til andre saker.

Det er først når rammene overskrides eller det er misnøye over tjenestetilbudet at det vises interesse for helse- og omsorg. Da stilles det krav til administrasjonen om å rydde opp, uten tanke for at budsjetttrammen ikke hensyn tar endringer av tilbudet.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir brukerne et rettskrav på «nødvendige helse- og omsorgstjenester». Kommunelovens (KL) § 46 og 47 legger vekt på rettskravet vs. budsjettforpliktelsene. I KL § 47.1 står det: «Kommunestyrets (...) bevilgninger i årsbudsjettet er bindende for underordnede organer. Dette gjelder ikke utbetalinger kommunen (...) er rettslig forpliktet til å foreta, jf. § 46.1 tredje punktum» Dette fritar ikke helse- og omsorgstjenesten fra å holde budsjettet, men det er en presisering av de lovpålagte tjenestene.

Lowis typologi deler policy inn i tre hovedkategorier: fordeling, regulering og omfordeling. Fordelingspolitikken er direkte fordeling til enkeltstående prosjekter, bygg eller anlegg. Reguleringspolitikk er fordelingspolitikk men med mer kollektive kjennetegn. Den er mer indirekte og kan ses som kollektiv pluralisme. Omfordelingspolitikken setter saker opp mot hverandre, som for eksempel at det skal bygges ny skole i stedet for et nytt helsehus (T. Hansen i Baldersheim & Rose, 2005).

I en kommune kan politikerne gi uttrykk for at de skal prioritere utbygging av nye sykehjem, helsehus eller omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Men når det skal budsjetteres prioriteres likevel ny barneskole.

I tillegg til den politikken det enkelte parti eller kommunestyret vektlegger, er samspillet mellom ordfører og den overordnede administrative ledelsen i kommunen vesentlig. Den enkelte helse- omsorgsleder må «selge» seg inn til rådmann for at området skal prioriteres.

Kommuneloven og helse- og omsorgstjenesteloven styrer organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i en kommune. Administrasjonssjefen (rådmannen) er den øverste administrative leder og skal «sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll» (§23).



Rådmann «skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt.»

Kommuneloven regulerer økonomiplanarbeidet og budsjettarbeidet i kommunen og kommunestyret skal årlig vedta en rullerende økonomiplan som minst skal omfatte de neste fire årene. Økonomiplanen skal omfatte hele kommunens virksomhet og skal være realistisk ut i fra forventede inntekter og utgifter. I tillegg skal det utarbeides årlige budsjett for neste budsjettår. Disse er bindende. Årsbudsjettene skal være realistiske. Når jeg tidligere nevnte at helse- og omsorgstjenesten og pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav til kommunen om at alle som har behov for helsehjelp skal få det, ser man at det er vanskelig å budsjettere innenfor denne sektoren. Det er store svingninger gjennom året. Skjer det endringer gjennom budsjettåret som har betydning for inntekter og utgifter, skal kommunestyret underrettes og da skal det foretas nødvendige endringer i budsjettet står det i § 47 (Kommuneloven § 45-47).

Jeg vil nå se litt nærmere på mål- og budsjettarbeid i offentlig sektor. Da budsjettarbeid og rapportering var et av de temaene som samtlige respondenter var innom i studien.

### 2.2.2 Mål og budsjettarbeid i offentlig sektor

Offentlig virksomhet kan deles i 3 hovedkategorier, hvor de primære oppgavene er myndighetsutøvelse og offentlig administrasjon. Herunder regulering, styring, utvikling og planlegging av samfunn og samfunnsutvikling. De sekundære er knyttet opp mot nødvendig regulering av markedsøkonomien (eks. konkurransepolitikk, konjunkturpolitikk og miljøpolitikk) og de tertiære offentlige oppgavene er de individuelle velferdstjenestene innen oppvekst, utdanning, helse- og sosialomsorg og kultur, samt påvirkning av inntektsfordelingen gjennom skatte- og trygdepolitikken (Bjarne Jensen, forelesninger, 2007)

Målsettingen med offentlig virksomhet er å disponere fellesskapets inntekter slik at befolkningen får størst mulig velferd (Jensen, 2007). Myndighetene mener at det skal arbeides systematisk med å definere den enkelte virksomhets mål og at det skal utarbeides handlingsplaner for å realisere disse målene. Peter Drucker hevder at det å styre mot et mål er ledelsens viktigste oppgave (Busch et al 2009). Det er ofte vanskelig å definere mål i offentlig sektor som er målbare. Busch trekker frem at målene skal være: Resultatbeskrivende, objektivt målbare, tidsbestemte, utviklende og realistiske (Busch et al 2009).

I denne sammenhengen trekker jeg frem mål som er avgjørende for den økonomiske styringen av virksomheten. Målene må være egnet til formålet. Det at den enkelte leder skal drifte sin enhet etter budsjett er et enkelt mål, men ikke alltid realiserbart da det ofte vil være konkurrerende mål i forhold til tjeneste og tjenestekvalitet. Likevel er gjerne økonomiske mål nedfelt i f.eks. lederavtaler jf. New Public Management. Måltrettet ledelse kan beskrives i tre dimensjoner (Busch et al 2009):

1. Utvikling av nye former for planlegging, budsjettering og styring hvor planene brukes aktivt til oppfølging, kontroll, regnskap og rapportering.
2. Utvikling av målemetoder og resultatindikatorer, der metoder for kvantitative og kvalitative målinger av produksjonen av tjenester og resultatindikatorer gir informasjon om utviklingen.
3. Utvikling av måltrettet ledelsesform som gir ansvar til den enkelte leder.

Politisk mål blir ofte knyttet direkte til økonomiplanene og derigjennom blir målene et prioriteringsdokument og ressursstyringsdokument for virksomheten.

Busch et al definerer økonomistyring som ledelse rettet mot å realisere økonomiske mål. Styringen utøves ved å regulere den organisatoriske atferd (Busch et al 2009 s. 41). De sier videre at det er 4 former for økonomistyring: Målstyring, regelstyring, verdistyring og markedsstyring. Østre (2007. s. 21 og 22) definerer økonomistyring som anvendelse av ressurser for å oppnå behovsdekning, mens målstyring defineres som systematisk arbeid for å nå eller oppfylle et bestemt mål eller delmål.

### **Hvorfor og hvordan styre offentlig virksomhet?**

For å kunne forstå sammenhengen mellom den politiske og administrative organiseringen av en kommune dens eventuelle innvirkning på kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten, er det nødvendig å se litt nærmere på hvordan den offentlige virksomheten styres. Offentlig virksomhet drives ut fra velferdspolitiske mål og demokratisk styring og kontroll. Økonomistyringen i offentlige virksomheter kan deles i tre hovedfunksjoner (Jensen, 2007, s. 57):

1. Økonomisk planlegging og budsjettering for å forberede og treffe beslutninger om den virksomheten som skal drives.
2. Økonomiske drifts- og knyttet til gjennomføringen av den vedtatte virksomhet.

3. Revisjonens kontroll med at gjennomføringen er i samsvar med bevilgningsvedtak, de retningslinjer som er gitt for virksomheten og at resultatene er i samsvar med forutsetningene for bevilgningene.

I planleggingen for å fastsette de økonomiske og finansielle rammene, er man ute etter prosesser som gir det beste utbytte; den beste velferden. Det er ikke dermed alltid slik at det mest kostnadseffektive er det beste, men må ses i sammenheng med kvaliteten på tjenestene som skal ytes og til øvrige virksomheter.

For å bistå offentlige myndigheter ble det 1994 startet opp et prosjekt som skulle utarbeide en «kommune-stat rapportering». Denne fikk benevnelsen KOSTRA. Dette rapporteringssystemet ble obligatorisk for alle kommuner fra 2001. KOSTRA er dermed en nasjonal rapportering som alle kommuner må rapportere ulike nøkkeltall på. KOSTRA står for KOmMune-STat-RApportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Det finnes tall om f.eks. pleie- og omsorgstjenester, barnehagedekning og saksbehandlingstid, og man kan sammenligne kommuner med hverandre, med regionale inndelinger og med landsgjennomsnittet. Det er utarbeidet egne kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgsektoren. (KOSTRA, SSB)

Målet er å drive offentlig virksomhet til det beste for allmennheten og slik at vi oppnår de beste velferdsgodene. Økonomistyring av det offentlige er viktig for å unngå styringsproblemer og for å unngå dette er det nødvendig med en god innsikt over alle områder av den offentlige virksomheten (Busch et al 2009). Kvalitetsindikatorene i KOSTRA gir en mulighet for overordnet ledelse i helse- og omsorgstjeneste til å synliggjøre eventuelle mangler i tjenesten. Jeg vil i kap. 2.7 om kvalitet, gå nærmere inn på kvalitetsindikatorene i KOSTRA.

I en kommune vil det alltid være flere interessenter. Det er politikere, rådmann, administrasjon, virksomhetsledere, avdelingsledere og ansatte. Samt ikke minst øvrig befolkning og interessegrupper. Alle har en mening om hva kommunen bør ha fokus på og hvilke oppgaver som skal prioriteres, jfr. Interessentmodellen i Busch et al. Det var Barnard (1938) som først lanserte ideen om at en organisasjon kan betraktes som en samling av interessenter. «Organisasjonen er en koalisjon av grupper og interesser, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom interaksjon med de andre, og enhver har sine egne preferanser og mål.» (Busch et al, 2007 s. 68) Alle interessegruppene har et *bidrag* –

*belønningsforhold* til organisasjonen. De yter et bidrag og mottar en belønning tilbake. I en kommune ser en her bidrag i form av skatter og belønningen er i form av tjenester som ytes. I interessentmodellen skilles det ikke mellom interessenter i eller utenfor organisasjonen. Alle er like viktige for organisasjonens eksistens. (ibid)

Målkonfliktene vil komme til syne gjennom ressursstyringen men også gjennom tildeling av budsjettene til den enkelte virksomhet. Jeg skal nå se nærmere på hva som er politiske mål og hva som er administrasjonens mål. Kommunen må forholde seg til overordnede målsetninger og gjerne fylkeskommunens mål. Kommunen er selv pålagt å ha en kommuneplan med samfunnsdel med overordnede mål. Den skal «ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon» Det står videre at den skal « gi retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i kommunal virksomhet og ved medvirkning fra andre offentlige organer og private.» (Plan- og bygningslovens § 11-2). I tillegg står det i § 11-1 at samfunnsdelen skal samordnes med økonomiplanen jfr. §§ 11-2 til 11-12 i kommuneloven. «Kommuneplanens handlingsdel gir grunnlag for kommunens prioritering av ressurser, planleggings- og samarbeidsoppgaver og konkretiserer tiltakene innenfor kommunens økonomiske rammer.» (Plan- og bygningslovens § 11-3)

Økonomistyringen kommer ofte i en konflikt mellom de overordnede målsetningene og den daglige driften i en virksomhet. For helse- og omsorgstjenesten som eksempel, er det problematisk å styre egen produksjon. Dette fører til budsjettoverskridelser og tilleggsbevilgninger i budsjettåret. «Det er ikke umulig å drive en forsvarlig ressursstyring i slike virksomheter, men det er viktig å innse at vi står overfor betydelige problemer», sier Busch et al 2009, s. 66.

Overordnet målsetting kan være at alle som har behov for helse- og omsorgstjenester skal få dette med god kvalitet. Hva er god kvalitet? Hvem er det som definerer god kvalitet? Med mindre ressurser til drift enn det opplevde behovet for tjenester vil både brukere, pårørende og ansatte mene at tjenesten ikke er av god kvalitet. Det vil da bli en målkonflikt mellom det å gi en god tjeneste og kravet om å forholde seg til tildelt budsjettammen. Det blir ikke samsvar mellom mål og midler (ibid).

Målene er viktig for å vise en retning på hvor man vil og for å kunne prioritere områdene. Likeså er målene viktige for å avgrense hva kommunen skal gjøre og ikke gjøre. Det er ikke alle oppgaver kommunene gjør som er lovpålagt. Det er også mulig å få andre aktører på

banen, frivillig sektor og pårørende, samt benytte seg av den enkelte brukers restevne til å gjøre deler av oppgavene selv. En politisk vedtatt overordnet serviceerklæring hvor en får en forventningsavklaring, kan være et middel for å løse dette.

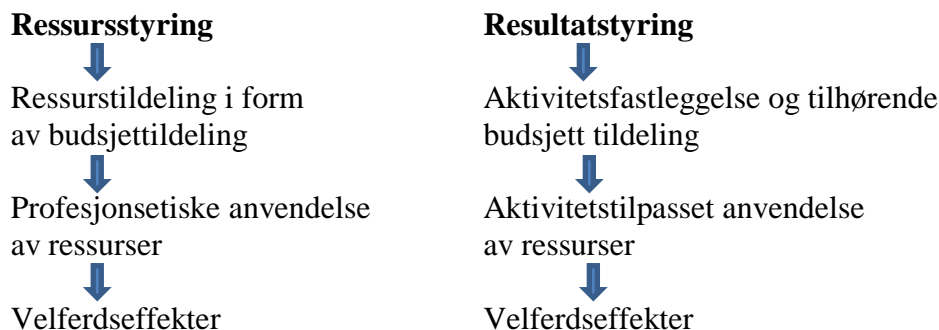
Budsjettet er et sentralt styringsinstrument. Busch et al 2009 har inndelt budsjettet i 4 hovedfunksjoner; styringsfunksjonen, kontrollfunksjonen, den politiske funksjonen og informasjonsfunksjonen. Dette vil jeg nå se litt nærmere på.

- *Styringsfunksjonen* er koplingen mellom målene og ressursforbruket. Budsjettet er et uttrykk for de politiske prioriteringene og anvender budsjettet som et virkemiddel for målstyring.
- *Kontrollfunksjonen* ligger i at budsjettene fordeles i forhold til de prioriterte målene og politikerne kontrollerer at administrasjonen forholder seg til de rammer som gjelder for virksomheten. Rapporteringer kommer gjerne i form av tertialrapporteringer, årsregnskap og årsrapporter. Regnskapet rapporteres i forhold til budsjettet og gir oversikt over om midlene brukes etter formålet. Årsregnskapet skal revideres og i tillegg er det i kommunen nedsatt egne kontrollutvalg for å kontrollere både kommunestyrets beslutninger og administrasjonens arbeid.
- *Den politiske funksjon* ivaretar det politiske spillet/ forhandlinger om hvilke områder som skal prioriteres. I en kommune kan dette være debatter om barnehage- eller skolestruktur, nedleggelse av sykehjemsplasser, bygging av omsorgsboliger, mer ressurser til barnevern, hvor mange flyktninger kan kommunen motta etc.
- *Informasjonsfunksjonen* til et budsjett og til budsjettbehandlingen er viktig. Informasjonen ut til innbyggerne i kommunen om politikernes prioriteringer blir viktig. Det er gjennom media-oppslag og diskusjoner blant innbyggerne politikerne får en tilbakemelding på hva som ønskes prioritert. (Busch et al 2009)

Jensen oppsummerer hovedfunksjonene i økonomistyring i offentlig virksomhet (Jensen, 2007.s 59):

- Budsjettering/planlegging for å forbedre og treffe beslutninger om den virksomhet som skal drives
- Økonomiske drifts- og kontrolloppgaver ved gjennomføring av virksomhet
- Kontroll med at gjennomføring er i samsvar med vedtak og vurdering av effektivitet i virksomheten

En kan se på budsjettene ut fra to perspektiver som ressursstyring eller resultatstyring. Begge muligheter fører til det samme målet velferdseffekter. Skjematisk kan det fremstilles slik: (Østre, forelesning 2012, Rena)



Spørsmålet blir om en får de samme velferdseffektene ut av budsjettildelingen på eller om det er en måte å gjøre det på som gir større velferdseffekter. De egentlige mål med forvaltnings-virksomhet, sier Østre, er å oppnå velferdseffekter av de ulike tiltak som iverksettes (Østre, 2007).

### 2.3 Makt og påvirkning

Relatert til forskningsspørsmålet om hvordan makt er med på å påvirke kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten vil jeg nå i dette kapittelet gå nærmere inn på hva makt og påvirkning er og hvordan det virker.

«Definisjoner av makt dreier seg som regel om årsaksforhold, det vil si om evnen til å forårsake noe, til å frembringe et resultat, gjennomføre en forandring eller å forhindre en forandring.» (Store Norske leksikon). Det ligger i dette at en aktør kan ha mer eller mindre makt, alt etter i hvilken grad hun eller han lykkes med å virkeliggjøre sine målsettinger.

Makt defineres som sannsynligheten for at en som handler i en sosial relasjon får sin vilje på tross av motstand. Denne definisjonen ble formulert av Max Weber (1864-1920), tysk sosiolog. Makt og innflytelse anses vanligvis å være to sider av samme sak. Men i dagligspråket synes det ofte som om at makt refererer til noe negativt, mens innflytelse betraktes som noe positivt. Makt og innflytelse er en prosess der resultatet kan variere over tid. En aktørs makt i et system er altså ikke et statisk fenomen (Weber, 1968; Sissel Eeg-Larsen, HiO, 2002).

Makt er ofte forstått som muligheten til å virkeliggjøre sine målsettinger overfor andre, særlig når man møter motstand og uansett hvilke midler som brukes, sier Weber. Eller som Robert A. Dahl sier det, innflytelse og makt har å gjøre med evnen til å få andre til å gjøre noe de ellers ikke ville gjort.

Makt kan kategoriseres på mange måter sier Sissel Eeg-Larsen (2002) som bygger sin maktforståelse på Webers. Innen organisasjonsteorien finner vi ofte eksempler på typer makt som f.eks.:

- a) *belønningsmakt*, f.eks. lønn, opprykk,
- b) *tvangsmakt*, f.eks. militære, fengsel, politi, delvis psykiatriske sykehus,
- c) *posisjonsmakt*, dvs. legitim maktutøvelse, f.eks. formell lederstilling,
- d) *ekspertmakt*, dvs. overlegne og aksepterte kunnskaper på et bestemt område (jfr. funksjonell autoritet),
- e) *referansemakt*, dvs. tiltrekningsmakt, ønske om etterligning og sosial aksept (jfr. karismatisk autoritet),
- f) *negativ makt*, dvs. krenkelser, f.eks. tilbakeholdelse av informasjon, usynliggjøring, latterliggjøring (jfr. hersketeknikker), forskjellsbehandling, ondsinnet herming, karikering, osv.

Hvem har makt? Hvordan en kan bevise at noen har makt? Hvis man tar definisjonen bokstavelig burde makten kunne bevises om en kan vise hvem eller hva som var årsaken til at et bestemt mål ble oppnådd. Når man snakker om at noen «har makt» så ligger det i dette en tanke om at vedkommende er i stand til å frembringe ønskede resultater på andre områder også, ikke bare én enkelt gang.

Makt, ofte forstått som muligheten til å virkeliggjøre sine målsettinger overfor andre, særlig når man møter motstand, uansett hvilke midler som brukes. Man får A til å gjøre noe B ikke ville gjort (Robert A. Dahl i Christensen et al, 2011). Makten handler ikke bare om og nå et mål, men makt oppstår i motsetningen mellom ulike mål og motiver.

Weber (1968) skiller mellom tre former for legitim maktutøvelse. Han kaller dette for normal autoritet. Autoritet kan igjen deles i tre som er:

- 1) Tradisjonell autoritet hvor de underordnede lederne adlyder de overordnede

- 2) Karismatisk autoritet som bygger på lederens personlige utstråling og begeistringsevne
- 3) Legal-rasjonell (byråkratisk) autoritet som er basert på et nøye konstruert og allment godtatt regelverk. I vår tid er det i tillegg kommet til en ny autoritet, den funksjonelle hvor det å inneha spesielle kunnskaper eller ferdigheter i seg selv gir en autoritet overfor andre. Et enkelt eksempel her er lege vs. sykepleier, sykepleier vs. pasient etc.

Når man tenker på legitim makt, sier Lai, så tenker man på legitim makt som det man har i kraft av sin stilling. En stilling gir rett til å utføre visse oppgaver og ta visse beslutninger. Det er altså stillingene i seg selv og ikke personen som har makt. Legitim makt skapes også gjennom kultur og kulturelle verdier, jfr. Weber. Den siste formen for legitim makt er delegert myndighet. Delegering er det å ha beslutningsmyndighet, men ikke å ha det overordnede ansvaret (Lai, 2014).

Webers forståelse av makt er at den gjelder uavhengig av hvordan den er oppnådd. Makt kan bygge på alt fra ren argumentasjon til løfte om belønning. Så lenge en bestemt aktør kan sies å være årsak til at bestemte resultater er oppnådd, faller det inn under det som Weber kaller makt, uansett hvilke virkemidler som er brukt (Weber, 1968).

Linda Lai benytter også Webers definisjoner av maktbegrepet og trekker fram andre «maktaktige» begrep. Autoritet er sammenfallende med det som omtales som posisjons- eller stillingsmakt. Naturlig autoritet tilegnes mennesker som har makt i kraft av sin personlighet og væremåte, sier hun. En leder har stillingsmakt i og kan gjennom sin stilling gi grunnlag for både belønnings- og straffemakt. Referentmakt kan være sosial status og tillit gjennom det å være et forbilde for andre. I tillegg trekker hun fram dominans som igjen kan være uttrykk for makt (Lai, 2014).

Maktforskeren Jeffrey Pfeffer er en av få som tør påstå at det ikke er nok å gjøre en god jobb for å lykkes i jobben. I tillegg er det nødvendig å beherske maktspeilet. Det er et spill om sosial makt og påvirkningskraft (Myklemar, 2014). I artikkelen «Smiger virker» i Ukeavisen ledelse, har Anita Myklemar tatt for seg Linda Lais bok «Makt og påvirkning» men også sett på Øyvind Kvalnes studier rundt fenomenet smiger. «Makt er mulighet. Påvirkning er å bruke de mulighetene makt gir for å oppnå det man ønsker», sier Lai (Lai, 2014 s. 29). Det å benytte ulike påvirkningsteknikker kan være både hyggelig og motiverende, men andre igjen



kan være mer negative som direkte ordre og press. Både Lai og Kvalnes sier at smiger i seg selv kan være en god påvirkningskraft for å få til det en ønsker (Myklemar, 2014). «Dyktige smigrere øker påvirkningskraften sin» (Lai, 2014 s. 89).

Selv om organisasjonene er flatere og man jobber mer på tvers av organisasjonene, gjerne i team, mener Pfeffer at «Det å få gjennomført ting i et mindre hierarkisk system krever faktisk mer innflytelse» (Artikkel i Harvard Business Review, Myklemar 2014).

Makt handler i stor grad om et avhengighetsforhold, sier Lai. Dette bygger på hvordan partene oppfatter hverandre og den situasjonen de er i. «Makt er ingen objektiv størrelse, men et uttrykk for noen situasjonsforståelse, og hva de legger andre de interagerer med i akkurat denne situasjon», sier hun (Lai, 2014, s. 30).

Under maktbegrepet ekspertmakt ligger kompetanse. «Kunnskap er makt» og derigjennom mange former for kompetanse som ferdigheter, evner og holdninger er viktige maktkilder. Men er samtidig avhengig av at den andre «parten» vurderer den andre som kunnskapsrik og har den relevante kunnskapen. I begrepet informasjonsmakt ligger både det å ha tilgang til og kontroll over viktig informasjon, men det betyr også å velge om man skal dele den informasjonen man sitter med (Lai, 2014).

«Makt gir energi og høyere aktivitetsnivå og derved øker også sannsynligheten for å kunne påvirke andre», sier Lai (Lai, 2014 s. 58).

Det andre maktbegrepet henger nært sammen med begrepet innflytelse. Skillet mellom makt og innflytelse gjelder midlene som brukes. Statsviteren Robert Dahl mente at innflytelse oppnås med svake virkemidler som overtalelse og argumentasjon, mens makt kommer av kraftigere virkemidler, hvor det forventes sanksjoner som straff eller belønning. En kan derfor kalle makt for tvingende innflytelse. Innflytelse er mer det Linda Lai kaller for påvirkning. Hun mener at begrepene påvirkning og innflytelse referer til det samme og kan brukes om hverandre. Makt assosieres ofte med noe negativt eller ved å bruke forskjellige maktmidler. Personer som opplever makt, sier Lai, forandrer ofte perspektiv både på seg selv og andre. Men det å benytte makten til å påvirke kan være både positivt og negativt og kan derfor både brukes og misbrukes (Lai, 2014).

Innflytelse har også media. Media betegnes som den fjerde statsmakt. I artikkelen «den fjerde statsmakt» skriver Sander at grunnen for at media har makt, er fordi media setter

dagsorden, de bestemmer vinklingen og samtidig er de et viktig kontrollorgan. Siden media setter dagsorden, sier Sander så bestemmer de også hvordan budskapet skal vinkles. Det kan føre til at politikerne skifter mening og at det bevilges penger (Sander, 2014). Samtidig kan også media ha en funksjon for å overvåke politikerne og administrasjonen:

Under forutsetning av at man har en uavhengig presse, vil pressen kritisk overvåke makthaverne, og formidle deres maktmisbruk til velgerne, slik at de ved neste valg eller ved opprør kan få stoppet makthavernes maktmisbruk. Bare vissheten om at det finnes en kritisk og overvåken presse, gjør at myndighetene (...) vokter sine beslutninger og maktbruk. (Sander, 2014)

Christensen et al sier at «Vill vi forstå vad som sker i en organisation är det nödvändigt att blottlägga vem som reelt fattar beslut, hur dett asker och vilka konsekvenser det får. Med andra ord, det gäller att få fram den makt som ligger bakom besluten» (Christensen et al, 2011 s. 9).

Christensen et al (2011) mener at maktbegrepet er sentralt for å forstå samfunnets eller organisasjonens måte å fungere på. Christensen et al. har gått litt videre i Webers tolkning av makt og sier at makten er et uttrykk for de fenomen som fastholder eller forandrer menneskelige relasjoner og strukturer, sier de. De deler maktfenomenet i tre kategorier; den substansielle makten, den relasjonelle makten og den institusjonelle makten (Christensen et al, 2011).

Den substansielle makten er koplet til ulike ressurser. Den relasjonelle makten finnes i den relasjonen som oppstår i spillet mellom mennesker som påvirker hverandre og den institusjonelle makten koples til de lover, regler, normer og rutiner som binder det hele sammen (ibid).

Christensen et al sier det således: «Finns det människor finns det makt. Makt finns i alle sociala sammanhang. Det är därför maktbegreppet är en viktig inngång till att förstå sociala sammanhang. Om vi vill förstå vad som sker i en organisation kan vi inte klara oss utan att studera maktförhållandena.» (Christensen et al, 2011, s. 106).

### 2.3.1 Makt i det politiske systemet

I min forskning ønsker jeg å se nærmere på om også bruk av makt fra politikerne påvirker kvaliteten på helse og omsorgstjenesten. For å forstå makten i det politiske systemet vil jeg

dermed se nærmere på begrepet pluralisme. Nå er det blitt stilt kritiske innvendinger mot pluralisme som karakteristikk av moderne politiske system og noe av dette vil også bli gjennomgått.

Pluralisme brukes for å karakterisere et politisk system. Systemet som også kan være et helt samfunn, er preget av en betydelig grad av maktspredning. Maktspredningen er den tradisjonelle delingen mellom den lovgivende, utøvende og dømmende makt, men pluralisme er også den maktdelingen mellom lovgivende og utøvende makt i samfunn med flere partier, som i Norge. Makten spres også mellom det offentlige og det private, og gjennom et utall interesseorganisasjoner. Stein Rokkan, norsk statsviter, omtalte i 1966 «det norske politiske system som preget av «numerisk demokrati» (valgdemokrati) og korporativ pluralisme (de organiserte interessers rolle, også som påvirkere av offentlig politikk).» (<http://snl.no/pluralisme/politikk>)

Pluralisme har en tett sammenheng med maktbegrepet. Pluralisme kan forstås som en spredt makt i samfunnet hvor forskjellige maktgrupper eller eliter kjemper mot hverandre om makten. Kampen står mellom hvilke prioriteringer man tar. Pluralisme kan også være at de forskjellige maktgruppene samarbeider. De er alle lydhøre for velgernes krav og behov. Pluralisme kan videre forstås slik at maktøverne kan påvirkes noe som krever forskjellige ressurser. Ressursene kan som eksempel være økonomiske insitamenter, informasjon og ulike nettverk. Ressursene som stilles til rådighet vil ikke være likt fordelt i befolkningen. Nesten alle kan være pådrivere i sentrale politiske beslutninger. Folket vet hva de vil ha og hva de har behov for (Kasa, 27.9.12 og Baldersheim & Rose, 2005).

Robert Dahl (1961) fremstår som en fremtredende representant for pluralismetradisjonen. Han studerte det politiske spillet i byen New Haven i studien *Who Governs?* (Baldersheim & Rose, 2005) (Hill, 2009). I denne studien fremholdes det at selve formålet med det politiske systemet er «to reach an equilibrium that accurately reflects numbers and intensities of citizen preferences.» (Sunstein 1988:329 i Rasch, 2009, s.26). Målet, hevder Sunstein, er å summere private preferanser så nøyaktig som overhodet mulig. (Sunstein 1988:334 i Rasch, 2009).

Makt er et sentralt tema når jeg nå skal se på innholdet i de politiske beslutningsprosesser. Det viser hvordan et pluralistisk syn på det representative demokrati ble utviklet. Dette synet

på makt ble utfordret av oppfatninger om at makt ligger i hendene til noen (elitens) som ikke er representative.

Det har vært kritiske innvendinger som har vært reist mot pluralisme som karakteristikk av moderne politiske system. Østerud sier følgende: «Kritikere av lokal autonomi har bestridt den liberale pluralismens forutsetninger. Det har f. eks vært hevdet at lokale og regionale organer kan være dominert av personlige bekjenskaper og private nettverk, med svake garantier for at demokratiske spilleregler blir fulgt. Argumentet her er at tette lokale forhold kan gi særlig stort spillerom for sammenblanding av private interesser og offentlige roller» (Østerud, s. 107).

Noe av kritikken mot pluralisme som en styrende modell er at den langt på vei er en modell som fremstår som illusorisk. Det er vanskelig å se det politiske system i Norge og resten av Skandinavia som rent pluralistiske (Rasch, 2009,s.14).

I den klassiske pluralismen arter politikken seg som et forhandlingsspill mellom myndighetene på den ene siden og ulike interessegrupper på den andre siden. Politisk ledelse i kommunen må påse at alle interessegrupper blir hørt. Et av hovedpunktene i kritikken mot pluralismen er nemlig at forhandlingsstyrke blir ulikt fordelt mellom de ulike interessegruppene. Hvor mye hver gruppe kan mobilisere av ressurser for egne krav til ressursfordeling blir derfor urettferdig.

«Lokale og regionale kan være dominert av personlige bekjenskaper og private nettverk, med svake garantier for at demokratiske spilleregler blir fulgt», sier Østerud (Østerud, s. 107).

Cockburn (1977) lanserte en teori om kommunen som «den lokale staten». Kommunene fører en politikk som fremmer, gir fordel for arbeiderklassen men som samtidig er en forlengelse av kapitalistklassen. Paradokset forklares ved at «statens oppgaver var vedlikehold av rammevilkårene for kapitalistisk produksjon.» (Baldersheim & Rose, s. 97).

Baldersheim trekker også frem regimeteori som neopluralisme. Clarence Stone retter søkelyset på maktstrukturene (regimer) som oppstår. Koalisjoner dannes for å fremme kollektive handlinger. Hvordan kan offentlig og private aktører samarbeide for å løse problemene? Stone lanserte et produksjonsperspektiv med tre hovedfaktorer; problemperspeksjon, ressurser og transaksjonskostnader. Til forskjell fra Dahl flytter Stone

fokuset fra maktfordelingsmønsteret til maktproduksjonsprosessen (Baldersheim & Rose, kap.4).

Denne måten å tenke på er gjenkjennbart også i helse- og omsorgstjenesten. Vi setter utfordringen (les: pasienten) i midten og inviterer alle tenkelig ansvarlige virksomheter til en work-shop for å finne ut hvilke tjenester som er riktig og den beste måten å organisere tjenesten rundt brukeren på. Overordnet serviceerklæring vektlegger i tillegg den enkelte bruker og pårørendes ansvar til medvirkning.

## 2.4 Samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgstjenestelov

Med bakgrunn i Samhandlingsreformen var det nødvendig med ny helselovgivning som ble gjeldende fra 1. januar 2012. Reformen innebar at kommunene har fått vesentlig større innflytelse over de samlede helsetjenestene, og de har fått ulike virkemidler til å utvikle de kommunale tjenestene. Reformen er både en omfattende kommunereform, en retningsreform for folkehelse og en helsereform som innebærer at kommunene har overtatt et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne.

Bakgrunnen for reformen er at det i årene som kommer vil bli flere mennesker med kroniske sykdommer, antall eldre vil øke kraftig, veksten i helseutgiftene må bremses og det er nødvendig å tenke mer helhetlig når det gjelder tjenestetilbudet. Tjenesten til innbyggerne skal være preget av god samhandling og være av god kvalitet.

Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til en hver tid ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er en av hovednøkklene. Oppgavene løses i dag ofte ulikt og i noen tilfeller ikke godt nok.

Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene.

De to store helselovene som var gjeldende fra 1. januar 2012 var Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. Helse- og omsorgstjenesteloven erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Kommunens plikter reguleres i helse- og

omsorgstjenesteloven, rettighetene reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesutøvelsen reguleres i helsepersonelloven. Kommunens ansvar og oppgaver skulle videreføres. Samhandling mellom kommuner og helseforetak skulle fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter.

Det overordnede ansvaret til kommunen finner vi i Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 hvor det står at: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.»

I tredje ledd står det videre at «kommunens ansvar (...) innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.» (Helse- og omsorgstjenesteloven).

Planlegge, gjennomføre og korrigere betyr at den enkelte kommune må utarbeide mål for tjenesten og at tjenesten skal evalueres slik at dersom det er nødvendig må man endre tiltak etter pasientenes behov.

Helse- og omsorgstjenesteloven vektlegger forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kap 4.

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

(Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1)

Men her er det et klart preg av skjønn for hva er tilstrekkelig fagkompetanse? Hva er et verdig tjenestetilbud? Hva er helhetlig og koordinert? Det at det er den enkelte tjeneste som skal definere hva som er god kvalitet gjør at tjenestetilbudet varierer stort mellom de ulike kommunene og også bydeler. Helse- og omsorgstjenesteloven krever at tjenesten *skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og*

*brukersikkerhet.*(§ 4-2) og det skal føres tilsyn om kommunen oppfyller sine plikter. (§ 12-3).

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal i tillegg....

utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig. (§12-5)

Likevel ser vi at media til stadighet trekker fram at pasienter og brukere av tjenesten ikke får et godt nok tilbud og at tilbudene varierer i forhold til hvor man bor.

## 2.5 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven er fra 1999 men det er vedtatt noen endringer gjennom årenes løp og den siste endringen trer i kraft fra 15. mars 2015. I § 1-1 står det at formålet med loven er å «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.» Og videre at den skal «bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.»

En viktig lov som ivaretar den enkelte pasient eller brukers rettighet til nødvendig helsehjelp i kommunen. Det er både nødvendig hjelp (dette kan innebære hjemmetjenester som hjemmehjelp), nødvendig helsehjelp og øyeblikkelig hjelp. (§ 2-1 a) Retten gjelder i den kommunen man oppholder seg jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven, står det videre i § 2-1 a.

Helse- og omsorgstjenesten i en kommune er dermed lite forutsigbar. Det er vanskelig å beregne antall pasienter/ brukere og omfanget av tjenester. Noe er mulig å beregne ut i fra erfaringstall og SSB statistikk da vi f.eks. vet at den eldre befolkningen primært trenger mer helse- og omsorgstjenester enn de yngre. Likevel viser det seg at antallet yngre brukere med

omfattende tjenester er økende. Dette er en brukergruppe som i utgangspunktet ønsker og har rett til å bo hjemme så lenge det er mulig. Pasientens og brukerens rett til medvirkning er hjemlet i § 3-1:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.

(Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1)

Pasient og bruker blir godt ivaretatt gjennom denne loven, både når det gjelder retten til helsehjelp og medvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet, om praksis gjør det samme er imidlertid ikke så sikkert.

Pasient- og brukerrettighetsloven sier at befolkningen skal sikres lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Men hva som er god kvalitet blir ikke definert. Men bestemmelsene i loven skal bidra til å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.(Pasient- og brukerrettighetsloven). Respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Hvordan kan helsepersonell vise respekt overfor den enkelte?

## 2.6 Kompetanse

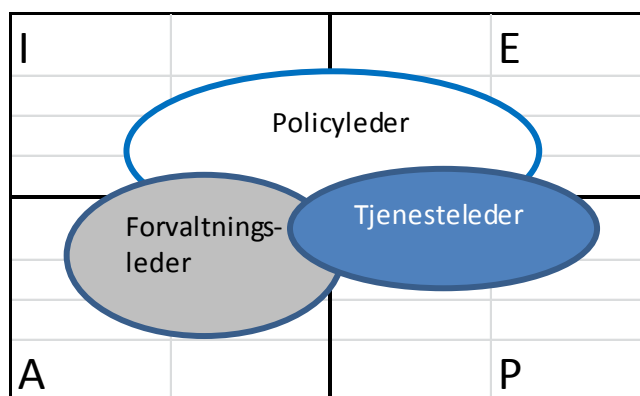
Kompetansen innenfor helse- og omsorgstjenesten er som tidligere gjort rede for i kapitlene over, nedfelt i lovkravene til tjenesten. Helsetjenesten skal være forsvarlig og det skal være tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, står det i helse- og omsorgstjenesteloven. I pasient- og brukerrettighetsloven står det at helse- og omsorgstjenesten skal bidra til en tjeneste av god kvalitet. Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen. «Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, » står det i § 1. Og videre i § 4: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» (Helsepersonelloven) Hvis jeg ser denne loven opp mot både helse- og omsorgstjenesteloven og kommuneloven så skal rådmann påse at tjenesten er organisert slik



at lovkravene opprettholdes. Ofte er dette ansvaret delegert til overordnet ansvarlig for helse- og omsorgstjenesten, som jeg så på i kap. 2.2. Da blir det den enkelte overordnet helse- og omsorgsleder som stilles til ansvar for at tjenesten har nødvendig kompetanse og at tjenesten er forsvarlig.

For ledelse av det offentlige er det spesielle betingelser. Strand (2007) fremhever den politiske styringslojaliteten. Ledere i det offentlige må ofte gjøre beslutninger som kan være problematiske. Ledere er ofte utsatt for stort press, både fra politikere, brukere, pårørende og pressen. Det er krav til fortolkning av lovverket og samtidig være prinsippfast. Lederen må ha evne til å tenke både kortsiktig og langsiktig. Spesielt i forhold til det offentlige etos må ledere imøtekomme flere krav til form, atferd og fremtoning. Dette er spesielt viktig i forhold til områdene; etterrettlighet, rettferdighet og sparsommlighet (Strand, 2007).

I rollen som offentlig leder kobles lederfunksjonen sammen i ulike roller sier Strand (2007). Dette er i rollen som policypåvirker, i rollen som forvalter og som tjenesteleder. I rollen som policypåvirker retter lederen seg mot overordnede prinsipper og rammer. Som forvalter er lederen byråkraten. Den som skal sette ting på dagsorden, komme med forslag og foreta utredninger. Forvalteren har stor makt og har stor autoritet. Som tjenesteleder har lederen mer direkte kontakt med brukerne og det er denne lederen som har størst betydning i det daglige. Tjenestelederrollen er påvirket både fra oppdragsgivere, forvaltere og policyorganer på den ene siden og de utførende, fagfolkene på den andre siden. Som offentlige leder preger en alle områdene etter PAIE modellen; produksjon, administrasjon, entreprenørskap og integrasjon. Dette kan også belyses som en modell etter PAIE (Adizes, Strand, 2007).



Jeg skal nå se nærmere på lederen og lederens kompetanse og benytter Bolman & Deals fire fortolkningsrammer som bakteppe.

### 2.6.1 De fire fortolkningsrammer

Bolman og Deal presenterer fire fortolkningsrammer for organisasjoner; den strukturelle rammen, human resource-rammen, den symbolske rammen og den politiske rammen (Bolman & Deal, 2009). Hvordan vi ser på organisasjonen farges av lederstilen. Fortolkningsrammene kan benyttes for å forstå lederskapet. Ved hjelp av både kunnskap og erfaring vil ledere etter hvert kunne se og tolke situasjonene de kommer opp i på en bedre måte.

Bolman og Deals første ramme kalles **den strukturelle rammen**. Denne fortolkningsrammen tar utgangspunkt i organisasjonen som en fabrikk. Organisasjonen har et klart fastsatt mål, og eksisterer for å oppnå dette målet. Det er en sterk grad av struktur, stram kontroll og disiplin. Ledernes oppgave er å tilpasse organisasjonen best mulig i forhold til omgivelsene. Lederen kan gjennom dette perspektivet fungere både som en arkitekt eller en tyrann. Derfor er det viktig at lederen er bevist og kan med dette perspektivet utforme organisasjonen slik at det er en god samhandling og samhold i organisasjonen. Lederen har en stor grad av kontroll og det benyttes regler og retningslinjer. For å bli en god strukturell leder, må lederen være dyktig på fagfeltet sitt. Lederen må være ekspert. Den strukturelle leder er en som er dyktig på struktur og strategi og kan se fremover, er innovativ. En strukturell leder er sikker i sin sak og bidrar med sin ekspertise (Ibid).

Den andre rammen til Bolman & Deal, er **Human Resource-rammen**. Denne rammen legger vekt på det menneskelige aspektet ved organisasjonen. Mens den strukturelle rammen ser på organisasjonen som en fabrikk, ser human resource-rammen på organisasjonen som en familie med enkeltindivider som kjernen i organisasjonen. For å være en god leder etter human-resource perspektivet må menneskene i organisasjonen settes foran alt annet. En slik leder har sterk tiltro til sine medarbeidere og det er en stor grad av myndiggjøring. Som en human-resource leder er du godt synlig for medarbeiderne i organisasjonen. Du er en av dem (Ibid).

**Den politiske rammen** er den tredje fortolkningsrammen. (ibid). Den ser på organisasjonen som koalisjoner av forskjellige mennesker og interessegrupper. Det er en kamp og makt over ressursene og gruppene står ofte opp mot hverandre. Det er motsetninger og dermed også ofte konflikter. Ofte benyttes makt som middel for å få gjennomslag for sine ideer eller

meninger. Beslutningsprosessen er ofte en prosess preget av forhandlinger og kjøpslåinger mellom flere interessenter. Beslutningene blir dermed også preget av inngåelse av kompromisser.

Gjennom den politiske fortolkningsrammen har lederen fire viktige hovedoppgaver. Det er:

1. Sette opp handlingsplaner
2. Kartlegge det politiske terrenget
3. Bygge nettverk og koalisjoner
4. Velge tilnærmingstype

Den politiske lederen vet hva de vil og har god overbevisningsevne. De vet når det er nødvendig å benytte makt og ikke (ibid).

Den siste fortolkningsrammen er **den symbolske rammen**. Den gir mening til innholdet. Mening er ikke noe som blir gitt, men det er noe som den enkelte medarbeider skaper selv. Det er betydningen bak situasjonen som er det viktige. Siden den enkelte medarbeider tolker handlingen, kan den tolkes på forskjellige måter. Der er i den symbolske rammen vi finner bruk av symboler og en organisasjonskultur bygget på kultur eller myter. Mytene gjenspeiler organisasjonens mål og verdier. Det skapes et fellesskap som bidrar til ro i organisasjonen. Det igjen bistår til at organisasjonen når sine mål (ibid).

Tone Wilhelmsen Trøen skriver i en artikkel i «Dagens medisin» om «Kultur for kvalitet».

Vi har for lite kunnskap om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten i dette landet. De siste ukers medieavsløringer rundt mangler i norsk eldreomsorg overrasker dessverre ikke. Det har ikke manglet på tilsyn, rapporter eller meldinger de siste årene. Det som har manglet er politisk vilje til å prioritere kompetansebygging, ledelsesutvikling og evnen til å skape kultur for kvalitet. I iveren etter å bygge ut nok kapasitet, må vi ikke la det gå på bekostning av kvaliteten. (Trøen, artikkel)

I artikkelen til Trøen vektlegger hun lederens ansvar som en betingelse for god kvalitet på tjenesten. Lederen er svaret. «Lederkompetansen i sektoren må styrkes i årene fremover», sier hun og tillegger «Det er i tillegg lønnsomt».

Faglig sterke avdelinger beholder kompetent personale lenger og rekrutterer lettere nye helsearbeidere. Særlig de nyutdannede som tørster etter faglig utvikling og klinisk praksis

tiltrekkes. Faglig sterke avdelinger jobber mer effektivt. Men viktigst av alt er at det er trygt og helsefremmende å være pasient i faglig sterke avdelinger. (Trøen, artikkel)

## 2.7 Kvalitet

Kvalitet er selve essensen i hva jeg etterspør i min avhandling. Det er kvaliteten på tjenesten som er sluttproduktet. Hva påvirker kvaliteten på tjenesten og hvilke verktøy benytter lederne i sitt kvalitetsforbedringsarbeid? Jeg vil først se litt nærmere på hva lovkravene sier om hva som er god kvalitet og se litt nærmere på ledelse med kvalitet som utgangspunkt, Total Kvalitet Ledelse (TKL) og LEAN. Hvorfor skal vi drive kvalitetsforbedring i helsesektoren?

- Vi får større krav om bedre og flere tjenester
- Det er økt krav til kvaliteten på tjenesten
- Vi har uendrede eller mindre økonomiske ressurser – krav til innsparing
- Vi har vanskelig for å dekke opp stillingene med fagkompetente medarbeider
- Vi kjemper om de samme ressursene som alle andre i helsesektoren (spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten)

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at tjenesten «skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.» (§ 4-2) Viktig i den forbindelse er kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten hvor det står:

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

(Kvalitetsforskriften, 2003)

Selv om Kvalitetsforskriften er fra 2003, er det denne som gjelder også i dag. Helsedirektoratet utarbeidet en veileder i 2004 for å bistå kommunene med kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Veilederen viser sammenhengen mellom Kvalitetsforskriften og Internkontrollforskriften.

Kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften skal medvirke til at tjenester etter sosial- og helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig måte. De to forskriftene må ses i sammenheng. I internkontrollforskriften § 1 og § 4 stilles krav til virksomheter i helse- og sosialtjenesten om systematisk styring og at en beskriver virksomhetens hovedoppgaver og

mål. I kvalitetsforskriftens § 3 stilles krav om å utarbeide skriftlige prosedyrer for å kvalitetssikre virksomhetens konkrete oppgaver og mål. (Veileder til forskrift, s. 17)

I Kvalitetsforskriften defineres kvalitet som; ”Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.” Da Kvalitetsforskriften er vesentlig for kvalitetsarbeidet i kommunal helse- og omsorgstjeneste ligger denne vedlagt i sin helhet. (vedlegg 1).

Kvalitet kommer av latin og betyr beskaffenhet, verdi eller egenskap. Kvalitet er et sentralt begrep og er etter internasjonal standard definert som: «overensstemmelse mellom krav og oppfyllelse» Kvalitet er evnen til å tilfredsstille kundens eller brukerens krav og forventninger.

Norsk Standard, NS-EN ISO 9000, definerer kvalitet som i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk. (Store Norske leksikon) Eller sagt på en annen måte: “Kvalitet vil si en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet”.

Nygren (1999) konkretiserer kvalitet nærmere ved å si at:

1. kvalitet består av produktegenskaper som er tenkt å tilfredsstille behovene hos brukerne av det aktuelle produktet
2. kvalitet er fravær av “feil” i forhold til en oppsatt standard
3. kvalitet er noe førsteklasses, noe luksuriøst.

Nygren har i sin bok «*Udvikling og kvalitet i psykososialt arbejde*» sett nærmere på konseptet TotalKvalitet (fra Total Quality Management, Total kvalitetsledelse). Selv om boken først og fremst retter seg mot psykososialt arbeid er begrepene i TKM klart overførbart til helse- og omsorgstjenesten. I TotalKvalitet fokuseres det ikke på perspektivet om et produkt har en «høy kvalitet» eller «lav kvalitet», men derimot anvendes perspektivet «riktig» eller «ikke riktig» kvalitet. Altså en bestemt kvalitet på et bestemt nivå. Jeg vil nå se litt nærmere på noen sentrale begreper innen konseptet TotalKvalitet (Nygren, 1999) og vil først se på begrepet produkt:

Begrepet «**produkt**» brukes som et overordnet begrep for både varer og tjenester. Innen pedagogisk virksomhet og psykososialt arbeid frembringes «produktet» gjennom det vi kaller tjenester. (ibid). Slik er det også for helse- og omsorgstjenester.

Begrepet «**tjeneste**» er bygd opp av en rekke handlinger innenfor et bestemt praksisfelt. Kvalitetsarbeid er både handlingene og de fysiske og/eller psykiske resultatene som handlingene frembringer. (ibid)

I de tradisjonelle kvalitetskonseptene er kvalitet sett på som en viktig konkurransefaktor. Mens her er det viktigste å oppfylle kundenes/brukernes forventninger. Forventingene her uttrykker bakenforliggende behov. «**Behov**» defineres av Nygren som: Fravær av noe som er krevd, ønsket eller nyttig; en tilstand som krever anskaffelse eller avhjelping. Virksomhetsteoretikere skiller mellom allmenne behov, som er behov for næring, luft og spesifikke behov. (ibid) I forhold til helse- og omsorgstjenesten ser vi behov for noe bestemt, og dette bestemte oppstår i virksomheten eller tjenesten.

Brukeren/ pasienten har «**forventninger**» til tjenesten. Dette er brukernes/ pasientens forutsigelse av framtidig tingenes tilstand, av framtidige fordeler eller av måter behov vil bli dekket på. I tillegg har brukeren/ pasienten «**krav**» til produktet. Dette er noe annet enn forventninger til produktet da forventninger er subjektivt. Kravbeskrivelser i kvalitetssammenheng er derimot kundens eller brukerens formelle beskrivelse av behov og forventet måte behovene skal bli dekket på, sier Nygren. Derfor utarbeides det ofte produktspesifikasjoner som er formelle beskrivelser av et produkt eller tjeneste. (ibid). I helse- og omsorgstjenesten er dette gjerne serviceerklæringer og/eller tjenestebeskrivelser. (Jfr. 2.2.2)

Ifølge J.M. Juran (Nygren, 1999) har ledelsen i en kvalitetsstyrt virksomhet til hovedoppgave å: planlegge, styre, utvikle og forbedre virksomhetens kvalitet. Han sier at det er 5 dimensjoner for totalt kvalitetsarbeid:

1. **Den eksterne dimensjon:** Hvor den viktigste personen i organisasjonen er brukeren. Alle deler av virksomheten skal organiseres rundt dette hovedprinsippet.
2. **Lederskapsdimensjonen.** Det å utvikle TotalKvalitet skjer ikke over natten. En slik virksomhet krever langsiktighet og kontinuerlig satsing. Ledelsen må ha en visjon og et mål for å stake ut kursen.

3. **Menneskedimensjonen:** Den enkelte ansattes aktive deltakelse i utformingen og videreutviklingen av metoder og rutiner i arbeidet vektlegges.
4. **Kunnskapsdimensjonen:** Vi må kjenne fakta. Vi må finne ut nøyaktig hva som eventuelt har gått galt. Vi må evaluere. Vi må komme fram til en ny løsning eller tilnærming. Og det må måles og evalueres på nytt for å være sikre på at vi er på rett vei. (PDCA sirkelen, som jeg vil komme tilbake til)
5. **Prosessdimensjonen:** Denne dimensjonen fokuserer på selve prosessen og det å finne det «svakeste» leddet i kjeden. Arbeidet består av ulike prosesser og disse kan deles inn i ulike faser med ulike målsettinger og tilhørende aktiviteter og handlinger.

(Nygren, 1999)

For å innføre TotalKvalitet vil jeg nå gjennomgå hvilke områder som må til når man skal innføre TotalKvalitet i en virksomhet. For det første er vi avhengig av **kvalitetsledelse**. Dette innebærer kvalitetspolitikk, kvalitetsplanlegging og kvalitetsstyring.

- a) I kvalitetspolitikk inngår organisasjonens overordnede hensikter og styring i forhold til kvalitet og strategisk planlegging og utforme en visjon for virksomheten.
- b) I kvalitetsplanlegging inngår det å sikre at brukerne er definert. En identifikasjon av brukernes behov. Det skal være utvikling av produkter med egenskaper som tilfredsstiller brukernes behov og utvikle prosesser som kan skape disse produktegenskapene (her: tjenesteegenskapene)
- c) I kvalitetsstyring inngår det å vurdere ytelsen og å sammenligne resultatene med kvalitetsmålene, samt å gjøre noe ved eventuelle avvik fra standardene

Deretter er det nødvendig med **kvalitetsskolering**. Dette området omfatter blant annet opplæring og skolering i metoder i kvalitetsarbeid og er samtidig et middel til å skape engasjement for kvalitet og forandring. Kvalitetsskolering må gjennomføres slik at den fremmer ønskede holdninger til kvalitet og kvalitetsarbeid, samtidig med at nødvendige kunnskaper og ferdigheter tilegnes.

Så er det nødvendig med **kvalitetsutvikling** som omfatter både kvalitetsforbedring og kvalitetsfornyelse. Dette innebærer etablering av nødvendig infrastruktur (her: rutiner) som er nødvendig for å sikre kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Det må gis mulighet til å

sette i gang utviklings- og forbedringsprosjekter, samt å stille de nødvendige ressursene og opplæringstiltakene til disposisjon.

Sist men ikke minst er det snakk om **kvalitetsvedlikehold**. Det omfatter blant annet kvalitetsstyring, gjennomgåelse av kvalitetssystem og kvalitetsrevisjon. (Nygren, 1999)

Hvilke forhold påvirker kvaliteten? Sosial- og helsedirektoratet gav i 2005 ut veilederen «...og bedre skal det bli». En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring. (IS-1162). Veilederen skulle bistå kommunens helse- og omsorgsledere og utøvere med å nå 6 strategiske mål for bedre kvalitet. Den definerte at tjenester av god kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Veilederen «...og bedre skal det bli» er like aktuell i dag. Den fremhever ledelsens rolle i kvalitetsforbedringsarbeidet og sier:

God ledelse er en forutsetning. Sosial- og helsetjenesten er svært sammensatt med stor variasjon i kompleksitet, størrelse og oppgaveomfang. I forbedringsarbeid må det ikke bare fokuseres på hva som gis av tjenester, men også på hvordan tjenestene ytes, hvordan tjenestene er organisert og hvordan de blir ledet. Kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene er ansvarlige for organisering av tjenestene og for å legge til rette for gode møter mellom brukere/ pasienter og tjeneste utøvere. De er tillagt faglig og administrativ ledelse på alle nivåer i virksomhetene. Ansvarer omfatter rekruttering av fagpersonell og kontinuerlig vedlikehold/oppdatering av personalets kompetanse samt tilrettelegging av materielle, strukturelle og kulturelle vilkår for god tjenesteytelse. Arbeid med kvalitet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift. Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse. (...og bedre skal det bli, IS-1162 s. 13)

Det er ulike metoder for systematisk kvalitetsarbeid. I sykepleietjenesten har vi i mange år benyttet Demings sirkel, som er et kvalitetsforbedringshjul. De siste årene har LEAN som



kvalitetsforbedringsmetode blitt mer og mer populært i norske kommuner, også i den kommunen hvor jeg selv har arbeidet. LEAN er basert på forbedringsarbeid fra Toyota konsernet i Japan. Det betegner en produksjonsmåte for fremstilling av varer og tjenester. Metodikken fokuserer på å eliminere sløsing og øke kundens opplevelse av kvalitet. Sentralt i LEAN tenkningen er å skape merverdi med mindre innsats av ressurser. Jeg vil nå se nærmere på hva som kjennetegner en LEAN virksomhet (Jensen & Kahr, 2014). Kjennetegn ved en LEAN virksomhet er:

- å ha et etablert system og kultur for kontinuerlig forbedring
- å ha en sterk medarbeiderinvolvering
- en erkjennelse at det er prosessene som skaper verdi
- at prosessene er utformet optimalt med utgangspunkt i kundens behov
- at det er en behovsstyrt etterspørsel og arbeid
- at alt som ikke skaper verdi er fjernet
- at det er en jevn flyt av produkter og tjenester
- ryddighet og systematikk
- en stor grad av måling, rapportering og synlighet

LEAN er altså forbedring og kvalitetssikring. Med fordel har de i helsetjenesten i Danmark brukt LEAN metodikken i planlegging av vaktlister, kjørelister, medikamenthåndtering, rapporten og gjennomføring av visitt for å nevne noen områder jeg fikk kjennskap til på en ekskursjon dit.

LEAN er:

- ikke et prosjekt men en tenkning
- medarbeiders involvering
- kontinuerlig kvalitetsforbedring
- er å gjøre arbeide smartere
- å være i en prosess

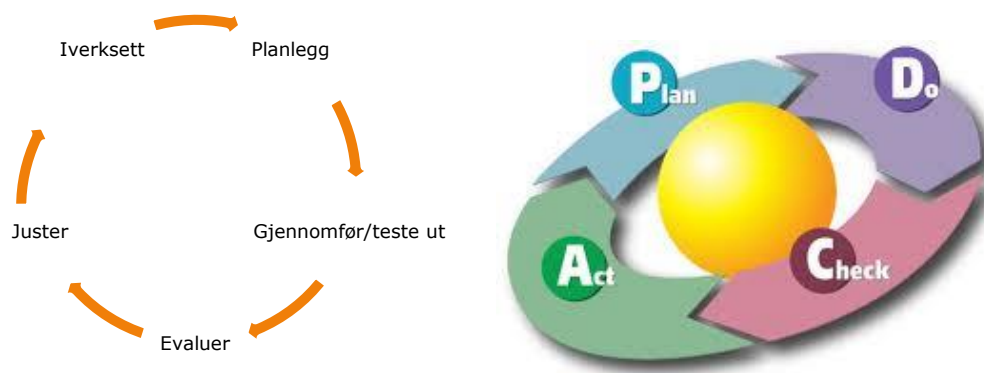
En LEAN-prosess er en samlet sekvens av aktiviteter som finner sted for å utføre et arbeid som for eksempel:

- Saksbehandling: Alle aktiviteter/ arbeidsoperasjoner fra søknad til vedtak
- Pasientforløp: Fra melding fra sykehuset til vedtak til hjemmesituasjonen
- Kjørelister i hjemmetjenesten: Fordeling av pasienter til utført handling

LEAN (Jensen & Kahr, 2007) bygger på de fem grunnprinsippene som er:

1. Definer verdi – hva skaper verdi for brukeren. Vi har:
  - i) Verdiskapende aktiviteter
  - ii) Ikke verdiskapende aktiviteter
  - iii) Ikke verdiskapende men nødvendige aktiviteter
2. Søk og finn – definer verdistrømmen som skaper verdi
3. Skap flyt - i verdistrømmen. Luk ut det som ikke er nødvendig
4. Etterspørselsdrevet - vi leverer de tjenestene som brukerne etterspør
5. Kontinuerlig forbedring – stopper aldri

Det å ha en kontinuerlig forbedringsprosess i virksomheten krever fokus og en ledelse som setter det på dagsorden. Om man da velger «Forbedringshjulet» eller PDCA sirkelen, så går det ut på det samme.



Det er faktisk det å planlegge, justere underveis og evaluere om det faktisk virker etter hensikten som er det viktigste.

Dette er utvikling satt i system som kombinerer LEAN prinsipper og metoder med vår norske kultur og samarbeidstradisjon. Her er medvirkning og samarbeid med tillitsvalgte og ansatte grunnleggende et prinsipp. Målet er å oppnå økt produktivitet, innovasjon og gode arbeidsplasser – samtidig.

En viktig forutsetning for å oppnå suksess vil være lederens kvalitet og adferd. Lederens evne til å samarbeide og stimulere til læring, skape engasjement og arbeidsglede, kombinert med dristige mål for å styrke virksomhetens verdiskaping og trygge dens utvikling.

LEAN er ikke et universelt system. LEAN-filosofien gir rom for ulike meninger og praksis og gir lederen et godt verktøy for kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring i egen virksomhet. (Jensen & Kahr, 2007)

### 2.7.1 Kvalitetsindikatorer

Et verktøy for å måle kvaliteten og gjøre en vurdering på om det virksomheten har igangsatt av tiltak virker, er å benytte seg av KOSTRA rapporteringen. Kommunene rapporterer også på kvalitetsindikatorer når de rapporterer i KOSTRA. Søker en på kvalitetsindikatorer i SSB statistikken for pleie og omsorg i KOSTRA i dag, vurderes kvaliteten ut fra følgende:

- Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem
- Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem
- Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner
- Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/ WC
- System for brukerundersøkelser i institusjon
- System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten

Om dette er gode nok indikatorer for å definere om en kommune har god kvalitet på tjenestene er ikke sikkert. Opplevelsen av god kvalitet hos en bruker kan være at han/ hun trives utmerket godt og får meget god pleie selv om han/ hun ligger på et tomannsrom med felles bad. SSB sier selv at:

«Arbeidet med å definere gode kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstenesta er mødesamt, og arbeidet skjer ikkje berre i SSB-regi. Til dømes arbeider Helsedirektoratet med eit nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som er forankra i blant anna helse- og omsorgstenestelova, medan Kommunesektorens organisasjon (KS) har hyra inn ekspertise som har føreslått nye mål for kvalitet i kommunar.» (SSB)

Stor betydning for dette arbeidet er Stortingsmelding 11 «Kvalitet og pasientsikkerhet 2013», som kom i 2014. Regjeringen er opptatt av å få en bedre oversikt over kvaliteten og kapasiteten i omsorgstjenesten. De arbeider for at det skal innføres nasjonale normer for å bidra til kvalitet i tjenesten. Regjeringen jobber derfor nå med å utarbeide flere kvalitetsindikatorer for de kommunale tjenestene.

«Kvalitet og pasientsikkerhet» skal være årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitetsarbeidet skal rettes inn på tre områder; det skal etableres en mer balansert og kvalitetsorientert ledelse, det skal etableres systemer som skal bidra til bedre kvalitet og det skal etableres en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i tjenesten. I Stortingsmelding 11 fremholdes det at kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er et

lederansvar. Det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar på alle ledernivåer, men toppledelsen har et spesielt ansvar for å påse at det er forankret. Ledelsen skal etterspørre resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet og skal spesielt ha kunnskap om virksomhetsområder hvor det kan fremkomme svikt. (Meld. St. 11, 2014-2015).

### 3. Metode og forskningsdesign

«Kvalitativ forskning er særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt, og som det er forsket lite på, og når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå mer grundig» (Johannessen et al, s. 32).

I de senere år har det blitt gjennomført en del forskning rundt helse- og omsorgslederes rammebetingelser. Deriblant kom det en ny studie i 2014 på sykepleieledere. Det er en forskningsrapport som er utarbeidet av Nordlandsforskning på vegne av Norsk Sykepleierforbund. Elementer fra denne forskningsrapporten vil også belyses i denne masteravhandlingen. NIBR rapporten som er gjort rede for i kapittel 2.2. vil også bli tillagt vekt og jeg vil komme tilbake til den i kap. 4.

Haustraas masteravhandling fra 2014 har på enkelte områder kommet borti liknende temaer som denne avhandlingen. Hun har benyttet kvantitativ metode og benyttet KOSTRA som grunnlag for datainnsamling. Skoglund og Skoglunds masteravhandling fra 2012 har belyst tema innflytelse og påvirkning i sin avhandling. Jeg vil derfor også se til disse studiene for å se om det er noen fellesnevne.

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv. ([www.etikk.no](http://www.etikk.no), Madsbu, 2013)

Madsbu mener at det viktigste prinsippet for kvalitativ forskning er knyttet til Herbert Blumers begrep om Sensitizing Concepts. Analyseteknikken tar utgangspunkt i menneskers egen forståelse av sin egen verden og er et analyseredskap for utvikling av vitenskapelige teorier og begreper. Vitenskapsfilosofien kan sorteres ut fra to typer spørsmålsformuleringer; de ontologiske og de epistemologiske. De ontologiske er spørsmål om hvordan virkeligheten faktisk er, mens de epistemologiske er spørsmål om hvordan vi skal fremskaffe viten og erkjennelse. Begge spørsmålene henger sammen fordi de handler om å ha kunnskap om den verden vi lever i. Ontologien skiller mellom hverdagsontologi og forskningsbasert ontologi. Den forskningsbaserte kunnskapen handler om å etablere ny kunnskap og det er her epistemologien kommer inn. Hvordan skal vi etablere ny kunnskap? Sensitizing Concepts blir dermed bindeleddet mellom det spesifikke og det allmenne, Madsbu kaller dette

«empirinære begreper» (Madsbu, forelesning og artikkel utlevert MPA 8, HiHm Rena, 2013).

Det er som nevnt forsket noe på rammebetingelsene til overordnet helseledelse i kommunene, men denne masteravhandlingen inneholder ulike forhold som direkte eller indirekte påvirker kvaliteten på tjenesten. For å få fram akkurat dette elementet vil det kvalitative undersøkelsesopplegget med det individuelle åpne intervjuet være å foretrekke. Det strategiske utvalg av informanter vil i den forbindelse være ekstra viktig.

### 3.1 Utvalgsriterier og strategisk utvalg

Det å velge ut hvem som skal være med i en undersøkelse er viktig både i en kvalitativ og en kvantitativ forskning. Johannessen et al trekker fram *utvalgsstørrelse*, *utvalgsstrategi* og *rekruttering* som viktige prinsipper for utvelgelsen. De trekker fram begrepene *strategisk* og *taktisk* som viktige i denne prosessen. Strategisk betyr at det skal velges ut fra en ensartet (homogen) gruppe. Den taktiske er selve gjennomføringen (Johannessen et al, 2010).

Utvalgets størrelse har betydning for hvor omfattende undersøkelsen/ forskningen skal være. I en master oppgave vil det være nok med inntil 10 intervjuer. Benyttes opptak vil alle intervjuer transkriberes og i oppgaven vil det igjen godkjennes av den enkelte informant. Så blir det viktig å velge hvem som skal intervjues. På bakgrunn av problemstillingen bør det settes opp utvalgsriterier. For det viktige er å komme så tett inn på de som vet noe om fenomenet vi ønsker å forske på (Johannessen et al, 2010).

Intervjuene kan gi betydelige mengder informasjon og formålet er å bidra med kunnskap som kan ha overføringsverdi og være nyttig også i andre sammenhenger enn den som studien er utført i. Dette igjen har betydning for vurderingen av hva som er relevant utvalg for denne forskningen. Det er dermed viktig at forskeren har laget en godt begrunnet utvalgs strategi (Esaiasson et al 2012).

Dersom utvalget blir for stort kan man få for stort materialet å bygge forskningen på. Dette gjør det hele til en for vanskelig oppgave. Man kan gå seg bort i materialet. For få deltagere kan i motsatt fall gi for lite informasjon og da vil heller ikke validiteten på forskningen være god. I et utvalg vil ikke alle informantene ha like stor status. Det kan være at man under intervjuet kommer bort i problemstillinger man ønsker å forske videre på. Det kan også hende at det vil være nyttig med et nytt intervju for å få fram mer (Johannessen et al, 2010).

Strategisk utvalg handler om at man må systematisk foreta en vurdering av hvem og hva som er mest relevante og interessant med tanke på det fenomen man ønsker å finne ut mer av. Det finnes ikke noe mal for hvor stort utvalget bør være, men det er viktig å finne det teoretiske metnings-punkt. Utvalget er stort nok når respondentene ikke tilfører noe vesentlig nytt (Esaiasson et al, 2012).

I en strategisk utvelgelse av informanter i en kvalitativ undersøkelse må forskeren først tenke igjennom hvilken målgruppe som må delta for å kunne få nødvendig data til forskningen. Det neste steget vil så være å rekruttere informanter fra denne målgruppen. Forskeren må angi og begrunne sine prioriteringer av det strategiske utvalget. For disse informantene vil påvirke funnene i studien (Johannessen et al, 2010).

Både Patton og Miles & Huberman har delt opp strategiske utvalg i mange undergrupper. Jeg velger å trekke frem *kriteriebasert utvelgelse* og *snøballmetoden*. I min forskning er det helt klart kriterie-bestemt utvelgelse. Det skal være overordnede ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten. Dersom en opplever at det ikke er nok respondenter for å få nødvendige svar, kan det være behov for fler. Da kan en benytte snøball-metoden. Dette er en form hvor forskeren spør personer som kan mye om fenomenet som skal undersøkes, om det finnes andre personer forskeren bør komme i kontakt med. Disse vil igjen kunne vise til andre respondenter det kan være aktuelt å ha med i undersøkelsen (Johannessen et al, 2010).

Jeg vil videre beskrive noen av de sterke og svake sidene ved noen av utvalgsstrategiene.

*Centralitet* eller hensiktsmessighet er det mest utbredte prinsippet når forskeren skal velge ut sine respondenter i følge Esaiasson et al, 2012. Utvalget en bruker skal ha god kjennskap til fenomenet som undersøkes. De bør ha lang nok erfaring og inngående kunnskap om det aktuelle fenomenet slik at forskeren vil få informasjon som gir mulighet til å gå i dybden på forskningen. Dersom respondentene ikke har det kan man oppleve å få informasjon som ikke gir grunnlag for god forskning. Forskerens egne preferanser og meninger knyttet til problemstillingen kan også komme til uttrykk, noe som kan gi et feil analysegrunnlag for det videre arbeidet. I utvelgelsen kan det være en risiko å «miste» vesentlig informasjon dersom forskeren ikke får intervjuet de respondenter som har viktig informasjon å komme med (Esaiasson et al, 2012).

Johannessen et al 2010, sier at det å rekruttere ved *direkte kontakt* gir muligheter for å bruke visuelle hjelpemidler, noe som kan ha sin hensikt ved å belyse problemstillingen. Man kan raskt oppdage om respondenten misforstår og det er mulig å gjøre direkte avtaler om tid og sted for intervju. Ulempene ved en så direkte kontakt er at det medfører ekstra tid. Det kan også benyttes direkte kontakt pr. telefon eller epost henvendelse. Da er ulempen at ikke respondenten har blitt nok opplyst eller misforstår undersøkelsen (Johannessen et al, 2010).

Informasjonsrike enheter, kjennetegnes gjennom at respondentene gjennom egne erfaringer har god kunnskap om det fenomen forskeren ønsker svar på. Tanken bak en slik utvalgsstrategi er å få med respondenter som kan bidra med mye informasjon uten at denne informasjonen er ekstrem. Utfordringer ved dette kan være å finne de som faktisk er ekspertene og som har noe å bidra med. Dersom det er vanskelig å få tak i disse vil forskeren kunne sitte igjen med svært mangelfulle data (Johannessen et al, 2010).

Esaiasson et al (2012) trekker fram prinsippet om maksimal variasjon i utvalget som sentralt. Her velges respondenter som i størst mulig grad er forskjellige fra hverandre. Det vil innebære at forskeren setter sammen et utvalg med maksimal variasjon ut fra sentrale kjennetegn. Dersom kjønn og alder er sentrale kjennetegn, kan forskeren sette sammen et utvalg med menn og kvinner med stor spredning i alder (Johannessen et al., 2010). Ved å bruke dette prinsippet vil man kunne begrense antall respondenter i sin forskning. I min masteravhandling vil dette øke validiteten.

### 3.2 Utvalget i denne avhandlingen

I denne avhandlingen valgte jeg ut 6 respondenter. Som jeg gjorde rede for mener Johannessen et al, at 10 respondenter er et godt utvalg i en kvalitativ undersøkelse. Det at jeg har valgt 6 respondenter er på bakgrunn av avhandlingens størrelse. I tillegg var jeg kjent med Nordlandsforskning sitt arbeid med deres rapport, da jeg selv satt i referansegruppen for denne forskningsrapporten. Jeg var derfor klar over allerede før jeg foretok mine intervjuer, at jeg kunne benytte deres forskning for å sammenlikne funnene. Alle respondenter er helse- og omsorgsledere, kommunalsjefer innen området, eller tilsvarende. Alle kommer fra små eller mellomstore kommuner og er i randsone til Oslo. Utvalget er gjort etter reisevei/ tid fra eget hjemsted. Jeg har bestemt valgt ikke å intervju noen fra Oslo da organiseringen der er en helt annen. Alle respondentene fikk en eposthenvendelse med beskrivelse av forskningen. Alle ble informert om at forskningen ville være anonymisert da



forskningsspørsmålene ville være av en litt privat karakter og egenopplevd. Det var gjennomgående meget positiv tilbakemelding, men dessverre trakk én av respondentene seg på grunn av store organisasjonsmessige endringer og økt arbeidspress. Jeg hadde tid nok til å intervju flere dersom det innkomne materialet ikke var nok for å fullføre studien men det viste seg at materialet fra de 5 gjenværende var stort nok til å kunne forskes nærmere på. I tillegg kunne jeg valgt å utvide antall respondenter innenfor emner jeg ønsket å utforske nærmere. Det viste seg heller ikke nødvendig da respondentene gav utfyllende kommentar under alle temaer.

I utvalget er det to kommuner fra Akershus, én fra Buskerud og to fra Oppland. Tre av respondentene var kvinner og to var menn. Aldersmessig er utvalget noe forskjellig med én under 50 år, to mellom 50 og 60 og to over 60 år.

### 3.3 Intervjustrukturen

Det er i hovedsak tre ulike strukturelle tilnærminger til et forskningsintervju (Thagaard, 2010, s. 89)

- Lite struktur: intervjuet bærer preg av å være en samtale mellom en informant og forsker. Temaene kan gjerne bringes opp av informanten og forskeren vil ikke vite hvilken vei samtalen vil gå.
- Strukturert tilnærming: Spørsmålene vil være utferdiget på forhånd og alle informanter får samme spørsmål. Fordelen vil være at forskeren kan sammenligne svarene fra informantene og kan også være nyttig i de situasjoner hvor nettopp en sammenligning er viktig.
- Delvis strukturert tilnærming: Dette blir også omtalt som «det kvalitative forskningsintervju», hvor en tar kvaliteten fra begge de to nevnte tilnærmingene og kombinerer disse slik at man kan få informasjon om de temaene forskeren ønsker svar på, samtidig som man åpner for fleksibilitet. (Thagaard, 2010, s. 89)

Jeg benyttet i min forskning en delvis strukturert tilnærming. I utgangspunktet hadde jeg utarbeidet en intervjuguide med en hoved oppdeling av de temaene jeg ønsket belyst. I tillegg inneholdt intervjuguiden en del hjelpespørsmål som kunne benyttes dersom respondentene stod fast. Det viste seg undervegs i intervjuene at mine respondenter alle ønsket å tale fritt. Intervjuene ble derfor gjort med en stor grad av fleksibilitet, samtidig som jeg sørget for at alle temaene var berørt.

### 3.4 Hensynet til respondentene

Respondentene svarer i denne forskningen på spørsmål av personlig karakter i forhold til egne opplevelser i arbeidslivet. Det var derfor viktig at respondentene visste at all informasjon ville bli anonymisert ved gjennomgang av funnene i forskningen. Derfor er det ikke i analysen gitt noe indikasjon på hvem som uttaler hva.

I teksten vil det henvises til respondenter, overordnet helse- og omsorgsledelse, de spurte, han/ hun, noen og alle. Det har i analysen ikke fremkommet noe nevneverdig forskjell i forhold til kjønn, alder eller andre demografiske data. Det er ikke essensielt i denne avhandlingen. Alle stedsnavn er også fjernet i analysedelen.

### 3.5 Metodekritikk

Jeg har selv sittet i tilsvarende stilling i en mellomstor østlandskommune. Ved utformingen av intervjuguide har jeg derfor vært veldig bevisst å være så nøytral som mulig ved utforming av spørsmålene. Jeg har benyttet overordnede åpne spørsmålsformuleringer, hvor den enkelte skal reflektere over egen situasjon. På bakgrunn av dette mener jeg at mine egne opplevelser ikke har kommet til uttrykk. Problemstillingen har ingen skjult agenda men er en bevisst undring over om de refleksjoner jeg selv har gjort meg, stemmer også for andre. I tillegg til de overordnede spørsmål ble det utformet hjelpespørsmål for eventuelt å få informanten på gli.

Alle respondentene ble under intervjuet kjent med min bakgrunn i tilsvarende stilling. Jeg var derfor hele tiden bevisst på ikke å prege spørsmålene til å tillegge dere mine egne meninger i spørsmålsformuleringene. Heller ikke i oppfølgingsspørsmål ble dette gjort.

Det å ta etiske refleksjoner over hva en skal forske på og hvordan, i forkant av forskningen, er viktig. «Med forskningsetikk menes vurdering av forskning i relasjon til normer og verdier i samfunnet. Vurderingen omfatter både hvilke problemstillinger det forskes på, hvilke metoder som benyttes og på hvilke måter resultatene av forskningen kan tenkes anvendt.» (snl.no).

Robert Merton, en amerikansk sosiolog, sier at vitenskapens etos er et system av verdier og normer som oppfattes som bindende av forskere og vitenskapsmenn. Han deler opp vitenskapens etos i fire avsnitt; (Bakken, 2013-2014)

1. Universalisme - enhver hypotese skal underkastes ethvert system

2. Kommunisme – det skal være felleseie, være tilgjengelig for alle
3. Uegennyttig – det skal være upartisk
4. Organisert skeptisisme – grunnforskning

«Forskning er å problematisere det som tas for gitt», sier Bakken (2013-2014). I min forskning kan jeg ikke se at jeg trækker over noen normer eller verdier. Dette vil kun være antagelser som både kan forskes videre på, og som kan benyttes av alle.

Viktig i denne forskningen blir validiteten og reliabiliteten. Høy begrepsvaliditet og pålitelighet i forskningsprosjektet gir overføringsverdi til tilsvarende forskning (Madsbu, artikkel).

### 3.6 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabiliteten av en undersøkelse er vesentlig for vurderingen av resultatenes verdi. De metodiske valgene som gjøres i forhold til innsamlingen av data vil påvirke både dataenes validitet og reliabilitet. Disse begrepene forbindes vanligvis med kvantitative forskningsmetoder.

Jacobsen (s.141) sier at det er to krav til en undersøkelse:

- 1) Gyldighet (validitet) dvs. vi måler det vi ønsker å måle.
- 2) Pålitelighet (reliabiliteten) dvs. vi kan stole på de informasjonen vi har samlet inn

**Validitet** kan defineres som gyldighet. Er dataene «valide» eller gode nok til å representere funnene? Johannessen inndeler validitet i tre former; begrepsvaliditet, intern validitet (måler vi det vi tror vi måler) og ytre validitet (overførbarheten til andre forskningsprosjekt). Det viktige i denne studien vil være begrepsvaliditet. Det kan være nødvendig å foreta validitetstesting av begrepene som benyttes for å se om begrepene som benyttes er valide. En mulighet er å sende ut spørreskjema til en mindre forsøksgruppe for å se om spørsmålene er forståelig og det gir mulighet for å kvantifisere dataene som kommer inn (Johannessen, s. 69-70). «Datainnsamlingsmetoden vil påvirke dataens gyldighet (validitet)», sier Jacobsen (s.141).

Jacobsen (2005) trekker frem det viktige i å drøfte kritisk både validiteten og reliabiliteten, også i kvalitative undersøkelser. Man skal forsøke å forholde seg kritisk til kvaliteten på dataene som er samlet inn. Hvordan en kvalitativ undersøkelse kontrolleres i forhold til

validitet og reliabilitet, kan bl.a. være å sammenholde resultatene med andre tilsvarende undersøkelser dersom slike finnes.

I min masteravhandling vil jeg som nevnt også se til nyere forskninger som er gjort av Nordlandsforskning i 2014. Det blir da en mulighet for å sjekke mine data opp mot denne forskningsrapporten. Dette vil vise om mine funn samstemmer med funnene i denne rapporten og vil i så fall styrke validiteten i min avhandling.

**Reliabilitet** kan defineres som pålitelighet. Det knyttes opp mot hvor nøyaktig undersøkelsen er. For å øke reliabiliteten kan eventuelt en undersøkelse gjøres flere ganger, og dersom svarene fra forskjellige undersøkelser gir det samme svaret vil det gi en høy reliabilitet (Johannesen et al, s. 40).

Nøyaktigheten av undersøkelsens data vil være avgjørende for reliabiliteten. I en kvantitativ forskning vil det være enklere å undersøke reliabiliteten enn ved en kvalitativ. Men det er mulig å gjøre dette i en kvalitativ studie også. For eksempel vil man ved å ta opptak av intervjuet for deretter å transkribere og ikke bare nedskrive svarene, øke reliabiliteten. Dette kalles også for en **test-retest** reliabilitet. Troverdigheten i en kvalitativ studie avhenger av påliteligheten til både forskeren og til de som blir intervjuet. Dette krever en stor åpenhet fra forskerens side (Jacobsen, s.229).

I min forskningsprosess har jeg nettopp benyttet meg av transkribering av lydbåndopptak av respondentene. Transkriberingen er direkte gjengitt ord for ord. Jeg har også vært bevisst i å legge inn tenkepauser, latter, sukk etc. for å markere stemningen ved spørsmålsformuleringene og svarene, dersom dette viste seg å være relevant. I analysedelen har jeg valgt å gjengi respondentene ordrett. Men har valgt å ta ut direkte irrelevante opplysninger, eller deler av et avsnitt. Dette er i så fall merket med (...).

Johannesen et al, trekker også frem viktigheten av forskerens pålitelighet i en kvalitativ undersøkelse. Det er mulig å starte med et case, eller en forklaring for å ha en åpen og detaljert fremstilling av forskningsprosessen (Johannesen et al s. 229).

I de kvalitative studier benyttes det ikke strukturerte datainnsamlingsteknikker. Dette kan ofte være vanskelig, siden kvalitative data i mange tilfeller er svært kontekstavhengig. Vi må derfor sette andre krav, spesielt til pålitelighet. Dette kan for eksempel være refleksivitet. Refleksivitet betyr at forskeren utnytter sin kunnskap om hva som kan skje i en

intervjusituasjon, og forklarer hvordan intervjusituasjonen preges av at det forskes på den. Da blir troverdighet koblet sammen med forskerens evne til å gjøre ting eksplisitt og til å reflektere over situasjoner som kan påvirke undersøkelsesresultatene (Jacobsen, s.30).

Det at jeg har kunnet analysere respondentenes uttalelser i sammenheng med funnene spesielt i Nordlandsforsknings studie har styrket både validiteten og reliabiliteten i min avhandling.

Hvordan jeg analyserte mine data i denne forskningen vil jeg nå komme inn på i innledningen til i analysekapittel 4 hvor jeg presenterer mine funn.

## 4. Presentasjon av funn og analyse

### 4.1 Forklaring av resultat og analyser

Kvalitativ metode har til hensikt og både fange opp meninger og opplevelser som vanskelig kan la seg tallfeste eller måle. Metoden går i dybden og skal få fram helheten og formidle forståelsen (Johannessen et al, s. 363).

Det er mange metoder for å analysere og tolke kvalitative data. Dette er nødvendig fordi kvalitative data ikke taler for seg selv. Intervjuene som er transkribert utgjør en stor mengde data. (Johannessen et al, 2010, s.163). Målet med analysen må være å organisere og systematisere den transkriberte teksten, slik at det går an å analysere den.

Å analysere betyr å dele opp i mindre biter eller elementer og gjennom dette avdekke et budskap, en mening eller et mønster i datamaterialet. Etter analyseringen trekkes en konklusjon om hvorvidt en svarer opp problemstillingen. Å tolke betyr å sette noe i en større ramme eller sammenheng. Ved fortolkning er det vanlig å ta utgangspunkt i en teori og se om funnene bekrefter teorien (Johannessen et al, 2010, s.164).

I innsamlingen av data for denne avhandlingen, var spørsmålsformuleringen gjort runde. Respondentene fikk muligheten til å fortelle om seg selv og sine opplevelser i en ubundet form, gjennom en delvis strukturert tilnærming. Dog så ble spørsmålene stilt etter tema, slik at det var enklere for meg som intervjuer å følge opp slik at de kom innom alle emnene i løpet av intervjuet.

I løpet av intervju kan det være at respondentene kommer inn på tema som i utgangspunktet skulle tas senere. Da er det viktig å følge opp dette med det samme. Forskeren bør gjerne komme med oppfølgingsspørsmål (Johannessen et al, s. 365). Gjennom intervjuene ble respondentene stilt tilleggsspørsmål for å kontrollere at jeg hadde forstått dem riktig med spørsmål som; «Med det du nå sier forstår jeg deg dithen at ...», «Kan jeg oppsummere det du nå sier med at...» Ved å benytte oppfølgingsspørsmål gir det respondentene mulighet til å rette opp eventuelle mistolkninger underveis i intervjuet.

Datanalysen har to hensikter; å organisere data etter tema og å analysere og tolke. Når man organiserer data etter tema, reduseres, systematiseres og ordnes datamaterialet. Når man analyser og fortolker, så utvikles det perspektiver på den gitte informasjon med den hensikt å identifisere tema og mønstre i datamaterialet (Johannessen et al, 2010, s. 165).

Det er i følge Mason (Johannessen et al, 2010, s. 165) tre ulike mulige metoder for å organisere og ordne kvalitativt datamateriale på. Det er:

- et tverrsnittbasert og kategorisertbasert inndeling av data
- kontekstuell dataorganisering
- bruk av diagrammer og tabeller

I denne avhandlingen har jeg på forhånd i intervjuguiden systematisert og kategorisert, slik at det skulle være enklere å analysere det transkriberte materialet. Jeg har dermed benyttet en såkalt tverrsnittbasert og kategorisert inndeling av de kvalitative data.

Johannessen peker på at den måte å inndelegge en intervjuguide på, med forhåndsdefinerte kategorier, ikke alltid er det beste. Man kan ved å gjøre dette miste verdifulle opplysninger da kategoriene kan bli for brede. Ofte omtales flere emner samtidig og da er det mulig at viktig informasjon blir «borte». Det vil dermed også være nødvendig med en type koding av det innkomne materialet for å fange opp dette (Johannessen et al, 2010, s. 167).

I transkriberingen har jeg benyttet direkte avskrift fra lydopptak. Dette gir en mulighet til å analysere også hva den enkelte intervjuobjekt fremhever som viktig. I materialet vil tenkepauser være markert med (...) understrekninger i muntlig tale blir understreket i teksten, latter blir markert med (latter), etc.. Dette refereres til av Johannessen et al som en lingvistisk analyse og en konversasjonsanalyse. Og kan dermed få fram også andre elementer enn det direkte språklige (Johannessen et al, 2010, s.167).

Kvale (Kvale et al, 2009 ) deler fortolkningen opp i tre deler;

1. Strukturering av analyse
2. Klargjøring for analyse
3. Mening og forståelse som fører til nye perspektiver

Jeg har i denne avhandlingen benyttet transkribering som strukturering av analysen. I klargjøring for analysen er svarene fordelt innenfor de tre forskningstemaene som er; kompetanse, organisering og makt og påvirkning. Alle forskningstemaer drøftes opp mot hvilken innvirkning dette har for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten.

I avhandlingen vil alle respondenter tituleres som overordnet helse- og omsorgsleder, selv om de har ulike titler som tjenesteledere, helse- og omsorgsleder og kommunalsjefer. Dette

fordi deres ansvarsområde har vært noenlunde samsvarende og for å ivareta anonymiteten (jfr. metodekapittel 3). Jeg vil i de kommende kapitler redegjøre for de funn som er kommet fram under de ulike forskningstema og analysere funnene opp mot teorikapittelet.

## 4.2 Kompetanse

I helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 står det at «Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester». Det er ikke utarbeidet en slik forskrift, men når kommunen er ansvarlig for å yte helsefaglige tjenester er det selvfølgelig nødvendig også at de som yter tjenesten skal være helsefaglig utdannet. Dette er noe av det som gjør at den enkelte kommune har så vidt forskjellig type organisering og kompetanse. Det er altså opp til den enkelte kommune hvordan de velger å organisere sin tjeneste, som jeg kommer tilbake til i kap. 4.3, og hvilke kompetanse den enkelte medarbeider innehar.

Fagkompetansen er avgjørende for god kvalitet på tjenesten. Gjennom satsingen til regjeringen har det vært mulig å søke på kompetansehevingstilskudd gjennom Fylkesmennene, Kompetanseløftet 2015. Planen er en del av Omsorgsplan 2015 i Stortingsmelding 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening – Framtidens omsorgstjenester". Gjennom Kompetanseløftet 2015 har den enkelte kommune hatt mulighet til å søke tilskudd på ulike kompetansehevingstiltak. Det er vært år blitt gjort en vurdering på hvilke kriterier for kompetanse som vil bli prioritert. Det har vært gitt tilskudd til grunnutdanninger som helse- og omsorgsarbeidere, fagspesifikke som sykepleier og vernepleier og tilskudd til etterutdanninger/ spesialiseringer for alle utdanninger, samt lederutdanninger. Dette har tilført kommunene tilskudd som har ført til en bedret fagkompetanse innen helse- og omsorgstjenesten. For helse- og omsorgstjenestene i de fleste kommuner er det vanskelig å avsette nok midler til kompetanseheving. For å få tilskudd, har imidlertid kommunene vært pålagt å utarbeide kompetansehevingsplaner som også er forankret politisk.

Da kompetanse i betydningen forhold som påvirker kvaliteten på tjenesten, er åpenbar, vil ikke dette diskuteres videre i denne avhandlingen (ref. kap. 1.3). I avhandlingen har jeg imidlertid sett på kompetanse til lederne spesielt og hvilken betydning den har for kvaliteten på tjenesten som gis.



Alle fem respondenter hadde lang ledererfaring og har sittet fram til nylig i overordnet helse- og omsorgsledelse i kommunen de arbeider. Én av kommunalsjefene har nylig gått over i en annen stilling som kommunalsjef for et nytt område, tilsvarende er dette for en tjenesteleder. Intervjuene ivaretok imidlertid deres stillinger som overordnet helse- og omsorgsleder i kommunen.

#### **4.2.1 Sykepleiefaglig kompetanse**

Et av kravene til overordnet ansvarlig for helse- og omsorgstjenestene i en kommune er at det sykepleiefaglige ansvaret skal ivaretas. Tre av respondentene hadde selv sykepleiefaglig bakgrunn. Det at to av respondentene ikke har sykepleiefaglig bakgrunn, gav likevel ikke grunnlag for å si at dette ikke ble ivaretatt. Snarere tvert i mot var de svært opptatt av at dette var nødvendig å ha på plass for nettopp å kunne ivareta lovkravet. Den ene respondente hadde sin opplæring fra forsvaret. Han hadde sin stedfortreder/ nestleder med sykepleiefaglig kompetanse.

Jeg har organisert den slik at jeg har en stedfortreder/ nestleder som er sykepleiefaglig utdanna og har mange års erfaring og som har sine områder klart definert i forhold til sine oppgaver. Men jeg er likevel knytta opp mot det sykepleiefaglige i organisasjonen.(...) Som jeg kan ta med på råd og fordele oppgaver til på en måte... Det faller helt naturlig.

Den andre respondente var selv sosionom men hadde sykepleiere som avdelingsledere der det var behov for sykepleiefaglig kompetanse.

Men jeg skal ikke legge skjul på at i starten var det en diskusjon på at jeg ikke har en helsefaglig bakgrunn og sykepleielederne skulle gjerne hatt en sykepleier å rapportere tilbake til.

Alle respondentene hadde lang ledererfaring, men kun én hadde lang fartstid i én og samme kommune med 35 år og som overordnet leder i 15 år. De andre har hatt ulike lederjobber og for ulike arbeidsgivere. I denne type stilling som overordnet ansvarlig for helse- og omsorgstjenesten hadde alle respondentene en lang fartstid på 10-17 år. De hadde alle delegert totalansvar for sin virksomhet, personalforvaltning, økonomisk og faglig.

#### **4.2.2 Ledelseskompetanse**

Det å stå i det og være overordnet helse- og omsorgsleder i en kommune krever stayerevne og et ønske om å gjøre en forskjell. «Jeg gjorde det jeg hadde lyst til og der jeg ønsket å

gjøre en forskjell», eller «For å bli det jeg brant for så var det ledelse innafor helseledelse», uttalte to av respondentene. «Rådmann skal påse at tjenesten er organisert slik at lovkravene opprettholdes», står det i kommuneloven og «Helsetjenesten skal være forsvarlig og det skal være tilstrekkelig kompetanse i tjenesten», som det står i helse- og omsorgstjenesteloven (jfr. kap.2.6). Det står imidlertid ikke nedfelt i noen lov at lederen skal være skolert som leder. Men trekkes fram i Stortingsmelding 11 som vesentlig for å gi bedre og trygge tjenester videre. For å få til dette må ledelsen styrkes i sitt arbeid. (jfr. 1.2). Respondentene i denne avhandlingen var alle godt skolert og samtlige hadde lederutdanning.

Det stemmer godt med de funnene som har fremkommet i Nordlandsforskning sin studie, hvor 1571 sykepleieledere var respondenter. 8 % av disse var toppledere. Tre av fire i denne studien hadde lederutdanning av kortere eller lengre varighet. Topplederne i denne studien viste at 75,7 % andel hadde lederutdanning med ett års fulltidsstudium eller mer (NF rapport 4/2014).

Flere i min studie fremhevet at ledelse var deres profesjon. Som den ene respondenten sa:

På en måte har jeg mere ledelse som min profesjon. Det tror jeg mange merker forskjellen på fordi at det å lede gjennom andre har vært min greie. Og det at jeg har fått det beste ut av fagfolkene knytta til organisasjonen jeg har.

I kap. 2.6 viste jeg til Trøens artikkel som vektla at lederkompetansen må styrkes. I den *strukturelle rammen* til Bolman & Deal, jfr. kap. 2.6.1, vektlegges at lederen må være eksperten innen sitt fagfelt. Fagfeltet her er ledelse. Lederen har god kontroll og er opptatt av regler og retningslinjer. Samtidig ser jeg i denne, en uttalelse som bringer oss over i *human resource-rammen*. Lederen her vektlegger det å få ut det beste av fagfolka. En leder etter dette perspektivet har tiltro til sine medarbeidere og prøver å få ut det beste av dem. Ledelsesutdanningen for mine respondenter var betydelig. To av respondentene svarte følgende:

Jeg har lederutdanning innafor prosjektledelse, prosessledelse og kvalitetsledelse og så har jeg innafor kvalitetsutvikling i helsetjeneste fra universitetet i Bergen.

Jeg har sykepleierutdanning, et år på jus, et år på økonomi, master of management med områdene: prosjektledelse, strategisk omstilling i off. sektor, personal- og arbeidsjus. Det vil i hovedsak si at min utdannelse går på ledelse og ledelsesfag. Det har vært det jeg har vært opptatt av. Og da har det gitt seg slik at det ble ledelse av helse til slutt.

På direkte spørsmål om de selv følte at de hadde god nok kompetanse i forhold til den jobben de gjorde, svarte de at det hadde de. Men tre av fem trakk likevel frem behovet for mer oppfølging rundt økonomi, her gjengitt av en av respondentene:

Det har vært den biten som har vært mest utfordrende. Fordi at du forvalter så mye penger i en så stor tjeneste. Og jeg har ikke økonomiutdanning og det var etter mitt syn for dårlig prioritert fra økonomiavdelingen. Jeg skulle hatt mer økonomioppfølging. På mitt tjenestested med så stort ansvarsområde hadde jeg den samme oppfølging på krav og forventninger som en liten barnehage med 10 ansatte. Da fikk du akkurat de samme krava og forventningene. Jeg hadde et ansvar men flere tjenestekområder og flytting av penger mellom tjenestekområder. Så det skulle jeg gjerne hatt mer på.

I Nordlandsforsknings studie svarte en av topplederne følgende på hvor viktig det er at ledere innenfor denne type virksomhet har formell lederutdanning og spesielt innenfor faget økonomi: «Det er viktig å forstå økonomispråket. Det er et eget språk, og det ligger makt i det.» (NF rapport 4/2014 s. 37)

#### **4.2.3 Kompetansens betydning for kvaliteten og faglig integritet**

Kvaliteten på tjenesten er avhengig av å ha en god faglig kompetanse på plass, men er også avhengig av andre faktorer blant de ansatte. Det er ikke nok å ha god fagkompetanse på papiret, dersom ikke fagkompetansen er tilgjengelig på grunn av sykdomsfravær eller annet. Likevel sier topplederne i studien til Nordlandsforskning og mine respondenter det samme at de har en stor grad av påvirkningskraft og har stor grad av frihet til å disponere ressursene innenfor egen virksomhet. De har en betydelig grad av innflytelse. (NF rapport 4/2014). Tre av mine respondenter uttrykker det slik:

For eksempel at vi har gitt en bedre tjeneste med bedre kompetanse. Du får påvirke tjenesten til å må ha fagkompetanse på plass og du greier deg med færre folk hvis fagkompetansen er på plass. Du får gjennomslag for at dette er viktig i ledelsen og på politisk nivå at du må ha fagkompetansen på plass. Den styringa har vi fått lov til å ha sjøl. Du får på en måte spissa kompetansen.

Ledelse er å stole på det som mine nærmeste ledere sier og jeg tar ansvar for det. Dette med at de hele tiden er motivert gjennom egenutvikling, fagutvikling, satt veldig høyt på kartet. Så vi bruker masse penger på det. Det er viktig rent sånn fagutviklingsmessig men også egenutvikling og den motivasjon og til syvende og sist så handler det om å gi gode tjenester.

En god faglighet er god økonomi! Jeg har dyktige folk og når vi rekrutterer, kan vi rekruttere sykepleiere i stedet for hjelpepleiere så gjør vi det. Det koster litt mer, men er dette avklart sånn budsjettmessig så gjør vi det. (...) Pasientgruppa nå er jo helt anderledes en for 3 år siden. (...) For nå er kravende større.

Ledelse handler om at du i utgangspunktet kan lede hva som helst. Da betyr det at om det da er en profesjonsbedrift, du skal få de ansatte, få virksomheten gjennom det verktøyet du har, for å nå målet om en god tjeneste. Det er her ledelse kommer inn. Du skal lede gjennom andre. Det er sånn det skal være. Du skal få andre til å bruke sin kunnskap og forståelse til hvordan skal dette fungere. Da står du i andre enden og spør: Har vi nådd målene? Nå er jo det vanskelig å spørre om for det er vanskelig å spørre om de som ikke har fått tjeneste om hvor fornøyd de er.

Hvis vi ser dette opp mot Bolan & Deals fortolkningsrammer, kan dette igjen knyttes opp mot behovet for å være dyktig på sitt eget fagfelt, *den strukturelle rammen*. Samtidig trekker de fram viktigheten av behovet for kompetansen i organisasjonene og ikke nødvendigvis selv inneha full kompetanse på alle områder. Da er vi igjen inne i *human-resource perspektivet* (jfr. kap. 2.6.1).

Samtidig ser vi at lederne er klart opptatt av å ha den riktige fagkompetansen på plass for å yte forsvarlig helsehjelp (jfr. kap 2.4 og 2.5). Men har tjenesten noen gang gått på tvers av deres faglige integritet? Mener de selv at tjenesten går på tvers av deres etiske prinsipper? I Nordlandsforsknings studie viser det stor forskjell mellom førstelinjeledere, mellomledere og toppledere på dette spørsmålet. 50 % av mellomledere mener at noen ganger eller ofte gjennomfører beslutninger som strider mot deres faglige synspunkter. For toppledere derimot er det 65 % som svarer at de svært sjelden eller aldri gjør det samme (NF 4/2014, s.38). Det er også tilsvarende for mitt studie. Respondentene uttaler:

Jeg har en bevissthet i forhold til det. Men jeg opplever ikke at vi ikke driver en forsvarlig tjeneste på noe vis. Det er noe helt annet enn når jeg jobba i Oslo eller når jeg jobba i det private. Det er en helt annen rekrutteringsutfordring. Vi fikk ikke sykepleiere eller fikk bare folk som nesten ikke kunne snakke norsk omtrent. Da begynner du å virkelig komme på grensa av ... Når er det virkelig vi kan få et stygt avvik her. Men det har vi ikke her.

Nei – det kan jeg ikke si. Jeg føler at jeg antagelig er veldig privilegert. Jeg har aldri opplevd at økonomi, fordi det er som oftest det, at det går på bekostning av det vi driver med. Jeg har

i 8 år kunnet stå inne for alle endringer, omlegginger. Men det har betinga en ting og det er at jeg har hatt frihet til å endre. Og det har jeg fått.

Denne muligheten til å selv ta viktige avgjørelser og ha frihet til å velge, ser vi igjen i den *strukturelle rammen* (jfr. 2.6.1). Strand kopler lederfunksjonen opp mot ulike roller, som policypåvirker, i rollen som forvalter og som tjenesteleder (jfr. 2.6). Her kan vi se lederen både som forvalter i forhold til å ta nødvendige grep som leder og foreta omlegginger av driften men også som tjenesteleder med direkte fokus på brukerne. En av de andre respondentene trekker inn dialogen som viktig for å ivareta den faglige integriteten.

Det har nok vært på kanten av grensegangen ... Du må stå i det ellers så hadde du ikke greid å stå rakrygga og møtt innbyggera. Og jeg har jo opplevd at det er god dialog med pårørende, pårørendeforeninger og den type ting har kommi fram til gode løsninger. Vi har faktisk ikke hatt de store oppslaga etter de her kuttrundene. Og nå er vi inne i de mest krevende kuttrundene gjennom mange år så nå veit ikke jeg helt åssen det skal gå.

Som nevnt benyttet samtlige kommuner brukerundersøkelser for å kartlegge brukernes og pårørendes mening om tjenestekvaliteten. De fleste benyttet KS' bedrekommune.no. Men flere av respondentene uttrykte at dette var å se på som et temperaturmål. Men alle gav klart uttrykk for at tjenesten er bedre enn sitt rykte.

«Det området med ledelse er ekstremt viktig. Det hjelper ikke med penger hvis du ikke kan forvalte det på en profesjonell og god måte» uttalte en av respondentene. En av respondentene fremhevet viktigheten av å ha med hele organisasjonen, «gruppa», når de driver med kvalitetsutvikling:

Der tok vi hele gruppa og sa: Se! Her er det noen kollegaer som mener at det er sånn og sånn. Det betyr at noen mener at de er i et miljø hvor ikke alt er bra. Det betyr jo også at noen står bare og ser på det. På den ene siden er det noen som leverer bra nok men på den andre siden står det kanskje noen og ser at kvaliteten ikke er bra nok. (...) Men det betyr jo likevel ikke at man ikke jobber med kvalitet da. Så det gjør vi nå!

Her ser vi myndiggjøring av medarbeidere i et *human-resource perspektiv*, med stor tiltro at den enkelte medarbeider selv kan gjøre en forskjell (jfr. kap. 2.6.1).

«En god leder, leder gjennom sine medarbeidere», sa en av respondentene. Jeg vil trekke frem aspektet total kvalitetsledelse som jeg gjennomgikk i kap. 2.7 som en mulighet for å sikre godt lederskap. Hovedoppgaven i en kvalitetsstyrt virksomhet er å planlegge, styre,

utvikle og forbedre virksomhetens kvalitet. Det å utvikle dyktige ledere i overordnet helse- og omsorgstjeneste, krever utvikling over tid.

For å oppnå TotalKvalitet er det nødvendig å ha kvalitetsledelse. I kap. 2.7 viste jeg til LEAN som metode for kvalitetsforbedringsarbeid. En av kommunene i denne forskningen benytter i dag LEAN som kvalitetsforbedringsverktøy. Kvalitetsstyring innebærer både kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Det viktigste er at den enkelte leder må sette kvalitet og kvalitetsutvikling på dagsorden.

Noralv Veggeland sier i en artikkel i Ukeavisen Ledelse at økonomisk fundamentalisme og kvalitetsledelse ikke går sammen. I artikkelen påpeker han at «økonomismens normgivende funksjon har på et overordnet plan snevret inn begrep som resultat og konsekvenser til målbare økonomiske størrelser avledet av et sett indikatorer». Den profesjonelle lederen, sier han, er en som begrenser sitt lederansvar til økonomistyring. Mens den faglige lederen blir underordnet. Han sier videre at dersom man ønsker å oppnå en økt kvalitet kan ikke lederen tenke økonomi. I et langsiktig perspektiv er det nødvendig å tenke kvalitetsledelse, da «økonomiske kalkyler ikke tar hensyn til vanskelige målbare virkninger på faglig utvikling, forskning, arbeidsmiljø, bærekraft, miljø og andre kvaliteter» (Veggeland, 2014).

### 4.3 Organisering

I kapittel 2.2 redegjorde jeg for forskjellige måter å organisere en kommune politisk på. Dette og på hvilken måte den enkelte kommune velger å organisere seg administrativt vil gi ulike utslag på gjennomslagskraften til helse- og omsorgstjenesten. Organiseringen av kommunen generelt er viktig for helse- og omsorgstjenesten spesielt. Er helse- og omsorgstjenesten et eget virksomhetsområde eller tjenesten organisert forskjellig? Kommuneloven gir mulighet til å organisere tjenesten slik de mener er til det beste for innbyggerne.

Fram til 2004 var det en tydelig endring til to-nivå modellen, hvor en fjernet mellomlederne og enhetslederne rapporterte direkte til administrasjonssjefnivå. Fra 2008-2012 ser en endring på dette området og andelen med flere nivåer økes gradvis igjen. I 2008 var det 42 % som ikke hadde noe mellomledernivå, mens det i 2008 er 36 %. Det ser ut som at kommunen nå i større grad vender tilbake til den mer tradisjonelle hierarkiske organiseringen som vi så tidligere (NIBR-rapport 2012:21).

I kap. 2.2 redegjorde jeg kort for den strukturell-instrumentelle eller institusjonelle tilnærmingen ved en organisasjon, jfr. Christensen et al. Hvis vi ser på organiseringen av kommunen i et strukturell-instrumentelt perspektiv. Ser vi at den formelle organisasjonsstrukturen klart legger begrensninger for overordnet helse- og omsorgsleders muligheter og handlingsrom. Selv om den enkelte virksomhet innen kommunen, eller helst avdeling, kan ha en tilnærmet institusjonell tilnærming med egne regler, verdier og normer.

Overordnet ledelse innen helse- og omsorg har ofte ansvaret for store virksomhetsområder. En av respondentene har følgende ansvarsområde:

Vi er tre kommunaldirektører. Jeg har ansvaret for alt innenfor pleie- og omsorg, leger, helsetjenester, barnevern, NAV. Så det er et vidt spekter og det er et utfordrende område da, men spennende.

Hvis vi ser på idealprinsippene for organisering, så vi i kap. 2.2 på det perfekte marked, det perfekte byråkrati og det perfekte demokrati. I det perfekte byråkrati skal virksomheten baseres på effektivitet. Hva er det mest hensiktsmessige? Jeg skal i de neste kapitlene ta for meg politisk og administrativ organisering av kommunen, organiseringen i virksomheten samt rapportering og lederstøtte.

#### **4.3.1 Politisk organisering**

I kapittel 2 redegjorde jeg for den politiske organiseringen og hvordan den har endret seg de seneste årene. I de fem utvalgte østlandskommunene som er representert i denne avhandlingen, er den politiske organiseringen ganske ulik. Fire av kommunene har kommunestyre og formannskap, mens en av kommunene har valgt et hovedutvalg i stedet for formannskap. I én av kommunene går sakene ikke via noe utvalg eller komiteer men sakene går direkte til formannskapet før endelig behandling i kommunestyret. Fire av kommunene har et fast utvalg (hovedutvalg, tjenesteutvalg, komité) for helse- og omsorgstjenesten. Det er likevel veldig ulikt for de forskjellige kommunene om øverste leder for helse- og omsorgstjenesten er til stede på disse møtene. Som to av respondentene sa:

Ja vi har helse- og omsorgskomite her så da hadde vi møter med dem. Til dels. Men det kom etter hvert. I begynnelsen så var vi ikke inne i noen. Men vi hadde rullering av driftsplaner og tiltaksdelen og der satt vi i omsorgsledermøtet, vi som var under den samme plan og blei enige om hva vi skulle prioritere. Så vi prioriterte i et omsorgsledermøte hvor vi var ledere fra både tilrettelagte tjenester, psyken og pleie og omsorg (...) Kommunalsjefen var med på

møtene. Så til kommunalsjef hadde vi dialog. Så det var mer det at vi opplevde at vi ikke hadde blitt oppfatta på en riktig måte eller det ble gjengitt på en måte som vi ikke kjente igjen. Det var det som var mest frustrerende i forhold til og ikke legge fram sjøl og ikke kunne svara på spørsmål fra politikere direkte.

Vi ble holdt tilbake sånn politisk. Vi hadde det oppe flere ganger, men jeg kan jo skjønne argumenta.... Hvis vi som tjenesteledere hadde kommet ville vi påvirka politikere. Det hadde vært positivt for tjenesten. Men vanskeligere i fht prioriteringene. Men her er det sånn at rådmann ønska å ha den stillinga inn til politisk.

Strand sier at lederrollen i det offentlige består av ulike roller, som policypåvirker, i rollen som forvalter og som tjenesteleder. Når vi ser dette i PAIE modellen som er vist i kap 2.6 ser vi klart at den offentlige leder preges av alle tre roller og alle roller integreres i hverandre. Respondentene gav alle uttrykk for at de ønsket selv en tett dialog med politikerne for å fremme «sine» saker, men da var det viktig at utvalgene eller komiteene hadde beslutningsmyndighet også og ikke bare var et rådgivende organ. Som én av respondentene uttrykte det:

Jeg har erfaring fra flere modeller og ofte utvalgsmodeller i en eller annen variant. Den andre var det direkte rett mot formannskapet. Så tror jeg at disse utvalgene etter mitt syn, har ingen funksjon. Det er på en måte i formannskapet der politikken formes og besluttes, og så gjør man det formelt i kommunestyret. Så min erfaring gjennom 25 år er at utvalg er greit å ha men det er ikke der myndigheten ligger. På noen områder blir det jo bare et råd.

Det er viktig at det ikke brukes tid på utvalg, som i og for seg bare er et supperåd. Det er etter min erfaring bare blir bortkasta tid. Ofte vil sakene som behandles være i tråd med ordførers føringer uansett og det er først når saken behandles i kommunestyret det blir opposisjon mot posisjon og reelle debatter. I denne kommunen er det faktisk enda verre.

Respondenten fremholdt viktigheten at myndigheten må ligge i utvalgene, lik den formannskapene har i dag. Som han sa: «Makt er å beslutte. Da er det viktig at det legges beslutningsmyndighet dit.» Noen av respondentene gav uttrykk for en frustrasjon over ikke å kunne meddele seg politisk, men samtidig var de fornøyd med at det var overordnet administrativ ledelse (les: rådmann) som var ansvarlig overfor politisk ledelse. Men det kunne være saker som ikke ble belyst på en ordentlig måte, eller misforstått. Som noen uttrykte det:



Jeg la ikke fram sakene mine sjøl som tjenesteleder. Der fikk vi ikke lov. Der var det kommunalsjef som la fram saka – vi var med som bisittere og svara på spørsmål i enkelte saker. Men hadde ikke egne saker. Det at vi opplevde at vi ikke hadde blitt oppfatta på en riktig måte eller det ble gjengitt på en måte som vi ikke kjente igjen. Det var det som var mest frustrerende i forhold til og ikke legge fram sakene sjøl og ikke kunne svara på spørsmål fra politikere direkte.

I forrige kommune jeg jobba var det faktisk bedre. Da skulle enhetslederen, for det var ofte rådgivere som laga saka, men vi var mer involvert i det der. I denne kommunen hører jeg ingenting. Vi vet nesten ikke hva som skjer. Vi inviteres ikke til hverken formannskap eller kommunestyret til saker som åpenbart gjelder mitt område. Så det er jo en bakside som går på ... Hallo! Hva skjer? Hvorfor er ikke vi med? Og vi ville jo selvfølgelig vært en støttespiller for rådmann.

Det negative, i forhold til den biten, var at du ikke fikk lov å fremme saken sjøl og når det var en kommunalsjef uten faglig bakgrunn som også til del kunne misforstå hvor vi i fagmiljø ønske å ha det største fokuset, så opplevde vi at det kunne bli feilprioritert ut i fra hvordan vi ønska sjøl å legge det fram for politisk nivå. Men der fikk vi ikke gjennomslag.

Vi kan igjen se litt nærmere på Easton modellen (jfr. kap. 2.2.1) og de forskjellige aktørene i det politiske spillet. Det er vesentlig at den enkelte overordnet helse- og omsorgsleder har nødvendig mulighet til påvirkning av de politiske prosessene. De må kunne gi nødvendig «in-put» for at politikerne skal kunne gjøre de rette valgene når rammene skal fordeles. Når de får påvirkningsmuligheter gir det kunnskap for gjøre de nødvendige prioriteringene som også er nødvendig i fht. policyområdene; fordeling, regulering og omfordeling Lowis typologi (jfr. kap 2.2.1).

Det å ha mulighet til selv å påvirke også i det politiske arbeidet gir motivasjon noe som vi skal se nærmere på i kap. 4.5 om egen makt og påvirkningskraft.

#### **4.3.2 Administrativ organisering**

Vi skal i dette kapittelet se nærmere på den administrative organiseringen i de utvalgte kommunene for å se om det kan ha påvirkning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Som tidligere redegjort for i kap. 2.2.1, er det kommuneloven og helse- og omsorgstjenesteloven som regulerer organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Den administrative organiseringen i de utvalgte kommunene er nokså ulik. Organiseringen gir føringer for hvilken påvirkningsmulighet overordnet helse- og

omsorgsleder har, noe jeg kommer tilbake til i kap.4.4.3. Tre av kommunene i utvalget beskriver seg selv som en kommune som praktiserer to-nivå modellen. De to andre kommunene har sektorinndeling med kommunalsjefer som har overordnet ansvar og rapporterer til rådmann.

«Vi har en flat struktur som tjenesteleder og har hatt mye makt på den måten,» uttalte en av respondentene. Andre forklarer nivåene slik:

Kommunen har vært organisert etter en såkalte flat modell. Vi sier at den har stått på to ben. Det er samfunnsben, organisert i sektorsamfunn som en av kommunalsjefene leder, planarbeid, hvor kommuneoverlegetillingen har ligget og miljøvern og beredskap. Også har de tre andre kommunalsjefene har hatt ansvar for de imaginære tjenestesektorene med rådmannsfullmakter og har da rapport til oss tre andre kommunalsjefer.

Det er to-nivå modellen. Hvor det er rådmannsteam med to kommunalsjefer og rådmann og så er det flat struktur med enhetsledere, 24 stk. Jeg rapporterer til kommunalsjef/ rådmann. Det er litt sånn men gjennom kommunalsjef.

NIBR rapporten viser imidlertid at begrepet to-nivå modell, eller flat struktur ikke er ensbetydende med at samtlige tjenester har en flat struktur. Det viser seg at for over 40 % av alle kommunene er det organisert i etater eller tilsvarende for større områder som f.eks. pleie- og omsorgstjenesten eller skole og barnehager (NIBR-rapport 2012:21). Denne differensieringen innad i en kommune kan virke både positivt men også negativt. Som en av respondentene uttrykker det:

Det er mitt ankepunkt i forhold til tonivåmodellen fordi at det er så konservativt knytta mot områder slik at det er etter mitt syn tonivåmodellens bakside selv om det er åpenbart at man skal samarbeide. Og det gjør vi mer og mer men det handler om resultat fordi vi har en ramme. Det er ikke snakk om å dele heller tvert om. Det er snakk om å knipe og la vær å betale for noe man i fellesskapet egentlig skulle delt på. Men vi er ikke der og det er mitt ankepunkt hele tiden at dette, dette er ikke bra.

Hvis vi ser litt nærmere på den interne organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune som her er representert, viser den også at det er store forskjeller. Der det praktiseres direkte to-nivå modell har leder for tjenesten kun hatt ansvar for direkte pleie- og omsorgstjeneste til hjemmeboende og sykehjem. Mens andre har ansvar for en totalitet.

Da har jeg hatt ansvar for litt ymse, men det vi kaller for helse, sosial og omsorgstjeneste, barneverntjeneste men også litt voksenopplæring og IKT og kjøkken.

I denne kommunen var det organisert med egne virksomhetsledere for hvert tjenestested, som f.eks. ett sykehjem, ett distrikt i hjemmetjenesten, geografiske enheter med tilrettelagte boliger etc. Den enkelte virksomhetsleder rapporterer til kommunalsjef (respondenten) for området.

I en av kommunene som er representert har de for noen få år siden gått over til en organisering mer tilbake til sektorområder. Hvor det nå er kommunalsjefer som har et overordnet ansvar for sine sektorer. Kommunalsjefene har totalt ansvar for personal, økonomi og ansvar for tjenesten overfor brukerne.

Jeg har det totale delegerte ansvar. Slik var det også når jeg var pleie- og omsorgssjef. Vi var 11,12 eller 13 resultatenhetsledere. Så da hadde vi nok også det sånn formelt sett det, tipper jeg. Når jeg sier tipper er det mer opplevelsen av hvordan det virket. Jeg opplevde å ha et fullt ansvar for å levere og ble stilt til rette for det.

Hvis vi her ser på Easton modellen (jfr. kap. 2.2.1) og forholdet mellom de styrende og de styrte, så er organiseringen sentral for påvirkningsmulighetene. Det har i de senere årene vært skrevet flere artikler om den pågående moderniseringen og organisasjonsendringene i offentlig sektor. I Magma 2/2005 skriver Bigseth & Kjørholt:

Konkurranseaspektet har blitt viktigere i de aller fleste organisasjoner, og i forlengelsen av dette ytre presset har nye trender og organisasjonsoppskrifter vunnet terreng. Røvik (1998:25) omtaler dette som «den samfunnsmessige moderniseringens organisatoriske uttrykk». Mange av dagens organisasjoner befinner seg derfor i mer eller mindre kontinuerlige omstillings- og endringsprosesser. Denne utviklingen skaper nye og endrede vilkår for ledelse og en reduksjon i behovet for ledelse i tradisjonell forstand (Sandal, 2002). (Bigseth & Kjørholt)

Alle respondentene trekker fram flere organisasjonsendringer gjennom årene. Men de gangene det har vært nødvendig med organisasjonsendringer, er det gjerne på bakgrunn av kutt i bevilgninger og økonomiske innstramninger og ikke som en konsekvens av at tjenesten bør bli bedre. En av respondentene trekker fram betydningen av samhandling med andre slik:

Så har vi en dialog møtet med rådmann direkte, hvor vi tidligere har vært enhetsovergripende bare, men nå har vi møte i 4H som er helse, funksjonshemmede, hjemmetjeneste og

institusjon.(...) Vi har store utfordringer i hver enhet knytta til hele kommunen så vi har forståelsen av at vi ikke er alene. Da har vi en dialog, individuelt, som gjør at vi skimter over til hverandre så er det vår egen enhet. Vi har vår 4 H gruppe som er nødt til å snakke sammen. Den er ikke organisert men jeg er sjefen, fordi at jeg har tatt initiativet. For da snakker vi om felles utfordringer.

Mens en annen benyttet ressurseffektivitet og kvalitetsheving for å gjøre endringer internt i organisasjonen:

Vi engasjerte et firma som skulle evaluere kvaliteten og driften hos oss. Og det var jo opprinnelig mine forslag til endring men da skjønnte jeg at jeg måtte ha hjelp og trengte det internt i kommunen da jeg ikke hadde noe støtte på toppen. Så det fremma vi som et kvalitets- og ressursprosjekt og det likte sjefen. Kunne vi både få bedre kvalitet og spare penger hvis det var mulig. Jeg visste veldig godt hvor vi skulle hen med det men da var det bred involvering faktisk da var også ordfører og et par andre politikere med i styringsgruppa. Og når det blir bredere involvering er det mye lettere å hoppe bukk over sjefen, for å si det sånn, hvor jeg ikke hadde noe hjelp. Sånn at når vi etter en tid – ja den var ikke så lang den prosessen. Den var effektiv og raskt her et halvår.

#### 4.3.3 Krav og forventninger i arbeidet

Det å vite hvilke krav og forventninger som ligger til deg som overordnet leder er avgjørende for hvordan arbeidet utføres. I artikkelen til Bigseth & Kjørholt fremheves de ytre rammevilkår som konkurransesituasjon og økonomiske konjunkturer som det som skaper usikkerhet i virksomhetene. Det igjen stiller krav til virksomhetenes fleksibilitet og endringsdyktighet. Lederne må ha et bredt handlingsrepertoar. De må være beslutningsdyktighet, ha læringsevne og evne til å takle press. I tillegg så kommer interne faktorer som de ansattes kompetansenivå og organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. «Større grad av autonomi blant de ansatte i form av desentraliserte beslutninger og økt demokrati innebærer at lederen i kraft av sin posisjon taper autoritet og strukturbasert makt (Sandal, 2002).», sier de i artikkelen (Bigseth & Kjørholt).

Lederavtaler, er noe som også etter hvert har kommet i det offentlige jfr. New Public Management. Det var kun to av respondentene som hadde lederavtaler. Likevel gav de selv uttrykk for at deres ansvar for virksomheten var kartlagt og at det var en omforent enighet.

Vi etablerte disse resultatavtale mellom virksomhetsledere og meg, men resultatavtale mellom rådmann og meg har vi ikke formalisert på samme måte. Og hvis det har det vært noe

som, ikke regelmessig men, har vært en diskusjon eller et tema, så har det vært at det må vi få på plass. Få en forventningsavklaring. Når vi oppsummerer året så sier vi at vi burde jo hatt avtaler. Det går jo så lenge at man er enig om at det er greit, men hvis noen sier at du ikke har gjort det du skulle, så kan det bli vanskelig.

På oppfølgingsspørsmål til en av respondentene om hun vet hvilke krav og forventninger som er satt til henne svarer hun følgende:

Jeg vil si både ja og nei. I stor grad ja. I tillegg til at jeg har, nå tenker jeg mest på den stillingen jeg hadde i helse, så hadde jeg god støtte i min leder. Jeg ble aldri satt i en kinkig situasjon uten at han også ble med og tok belastningen helt opp. Det må jeg si. Det var jo positivt. (...) Det var jo budsjett og faglig ansvar, opplæring, alt i forhold til HMS, drifta. Å få de forskjellige tjenestene til å fungere sammen, kjøkkentjeneste midt oppi. I hovedsak er det ansvar for å gi en god tjeneste til kommunens innbyggere, både hjemmeboende og sykehjemsbeboere. Det er det som er den primære oppgaven og det som følger med.

Hvis vi ser litt tilbake på lederen i PAIE modellen i kap. 2.6, så er lederen i et krysningspunkt mellom det å være en politisk leder, en forvaltningsleder og en tjenesteleder. Lederne er ofte utsatt for stort press fra ulike aktører, som politikere, brukere, pårørende og overordnet administrativ ledelse. Tre av respondentene sitter i rådmannens egen ledergruppe. Det i seg selv gjør at man som overordnet leder, er i posisjon. Eller som en uttrykte det:

Det at jeg nå har fått det delegerte ansvar og er med på å gjøre noen valg er bra. Jeg tenker at de valgene i rådmannens ledergruppe nå så står jeg ansvarlig for å bidra på eget område men også kunne bidra til prioriteringer på andre områder. Så jeg opplever at jeg er kommunalsjef for helse og omsorg, men ansvaret mitt ligger i hele kommunen. Jeg opplever et helhetlig ansvar som strekker seg langt utover bare mitt eget område. Det synes jeg er bra.

Som overordnet leder er budsjettprosessen en stor del av arbeidet, noe som også fremkom under intervjuene. Det fremkom at det var ulike metoder for inkludering av så vel overordnet helse- og omsorgsledelse og for mellomlederne i tjenesten i budsjettprosessen. Det er nå vi kommer inn på *den politiske rammen* hos Bolman & Deal (jfr. kap. 2.6.1). Det er en kamp og makt over ressursene og den politiske leder benytter gjerne makt som middel for å få gjennomslag for sine ideer, sier de (Bolman & Deal, 2009).

Mål og budsjettarbeid henger godt sammen, (jfr. kap. 2.2.2) og Busch trekker fram nødvendigheten av at handlingsplaner skal utarbeides for å realisere virksomhetens mål.

Politiske mål skal knyttes opp til økonomimålene men flere av respondentene fremhever at de politiske målene ofte ikke henspeiles på virksomhetens mål. Dermed følges dette heller ikke opp i budsjettene. En av respondentene er imidlertid veldig godt fornøyd med budsjettprosessen slik den er i dag og sier følgende:

I forhold til budsjettprosessene sånn som det var og i forhold til hvordan det er nå så er det en stor endring. Det handler i utgangspunktet ikke om en organisasjonsendring men det handler om styring og ledelse og kontroll fra rådmann sin side. Sånn som det er nå så er det rådmannens ledergruppe og de tre kommunalsjefene som legger frem et helhetlig budsjettforslag. Som legges fram 1. nov og da har kommunestyret en måned ca. på seg. De er ikke inne i prosessen annet enn vi har heldagssamlinger med dem hvor vi presenterer våre utfordringer, tanker på hva som ligger, signaler og føringer. Men ellers er det helt og holdent vårt verk, for å si det sånn.

Det er flere interessenter som alle har en formening om hva som skal prioriteres og konfliktene kommer til synet gjennom tildeling av budsjettene. Jfr. *interessentmodellen* til Busch som er redegjort for i kap. 2.2.2. Kommunen skal forholde seg til kommuneplanen og kommuneplanens samfunnsdel, men samtidig følge opp oppgaver fra regjeringen (jfr. kap. 2.2.2). I kommuneloven står det at kommunestyret skal vedta rullerende budsjett og økonomiplan for kommende fireårsperiode, men det er kommende års budsjett som er bindende. Det er ikke nedfelt i kommuneloven hvem som skal utarbeide budsjettene, men for kommunene i denne undersøkelsen, er alle budsjettene basert på rådmannens budsjettforslag. To av respondentene uttaler følgene om prosessen:

Det er rådmannens budsjettforslag. Kommunalsjefene deltar, som for å si det sånn, bisittere og hjelpemannskap når de har sine formannskapsmøter. De har ganske mange møter i november. Min erfaring er at da bestiller de eventuelt utredninger, nye beregninger eller. (...) Men jeg opplever at administrasjonen prøver å legge opp til handlingsrom og at tilbakemeldingene fra politikerne nå er at vi leverer på de områdene de har bedt om. Så når de satser på barn og unge får de fremlagt budsjettforslag som ser den veien... Kommunestyret og administrasjonen har nå en helt annen dialog om retning.

Det som skjer nå er at forrige fredag hadde jeg møte med enhetslederne og «controlleren». Da går vi gjennom hva de har meldt inn av merbehov. Så 33 millioner sier de at de må ha for å kunne møte veksten innen for vår sektor. Da går vi gjennom alt og de må selv komme fram med hva kan vi kutte på. Så lager vi prioriteringer på tiltak, så kutter vi slik at vi kommer

fram til hva vi må ha for å kunne holde budsjetttramma for 2015. Og da er det pri. 1. Men jeg vet at det blir en forandring og da vet jeg hva vi skal prioritere felles. Og da må jeg prøve å få gjennomslag for det.

Flere av respondentene har arbeidet under ulike toppledelse i kommunen. Det har derfor vært ulike måter de har blitt inkludert i budsjettprosessen på. En av respondentene fortalte om endringen ved skifte av rådmann og beskrev den tidligere budsjettprosessen som veldig vanskelig og utfordrende:

Da var det ingen dialog. Da la vi fram forslag men vi vet ikke hva rådmannen gjorde med det. Vi var ikke involvert. Vi fikk beskjed om hvor mange penger vi hadde også ble de forvaltet innafor der. I forhold til kutt i tjenesten. Ja, da var det perioder med osthøvel. Så prøvde vi å si noe om at det var meningsløst. (....)

I budsjettprosessen, hvis vi ønsket å gjøre noe med det vi var kritisert for, så var det ikke såne vurderinger som ble lagt i budsjettet. Det var ikke faglige kvalitative tankesprang i budsjettprosessen. For vi var jo ikke til stede. På den måten var det hverken dialog eller støtte. Det er min opplevelse. Da blir det sånn at enten må du ha enten kraft og energi og kompetanse til og bare gjøre det. Det er i hvert fall vanskelig ellers så må man bare la være. Men ved og ikke å ha støtte, eller ha styring så kan man ta en selvstendig rolle – og det gjorde jeg. Vi har gjort enormt mye uten støtte men ved at vi hadde et så selvstendig budsjettansvar, tross alt. Så kunne man få tilgivelse i stedet for tillatelse.

Respondenten trekker her frem mangel på støtte. Selv om jeg kommer tilbake til det i kapittel 4.4.3 vil jeg likevel allerede nå trekke fram den *posisjonsmakt* som her utføres av rådmann.

Selv om det var ulike former for inkludering hos respondentene i denne undersøkelsen, var det likevel mulighet for alle overordnede ledere å gi innspill til budsjettsituasjonen. Deres påvirkningsmulighet vil vi se nærmere på i kap. 4. 5 om makt og påvirkning.

#### 4.3.4 Rapportering og lederstøtte

Rapportering var et område alle trakk fram som en viktig faktor i sin stilling som overordnet helse- og omsorgsleder. Tilsvarende er det et område som blir trukket fram i Nordlandsforskning hvor over halvparten av de spurte mente at rapportering var et av de områdene en leder bruker mye tid på. I tillegg kommer oppfølging av sykmeldte, avvikshåndtering, møtevirksomhet og henvendelser på epost og tlf. (NF rapport 4/2014).

Rapportering blant mine respondenter var delt i generell rapportering og rapportering på økonomi. Det var ingen av mine respondenter som stilte spørsmål til hvorfor det skulle rapporteres men flere gav uttrykk for at de mente at den rapporteringen som skulle skje var det reelle og ikke skulle bli pyntet på:

Hvordan man på dette området skal bli sett og hørt når man ønsker å si noe om hvordan dette området faktisk er, er viktig. Så er det ofte at når man møter rådmannsnivået, sier virksomhetene dette både ryddig og redelig og faglig mens mottakeren [her rådmann], ikke videreformidler dette til politikerne på en ryddig måte. Hvorfor får man ikke skrive det slik som det er. Når vi da ikke gjenkjenner det som er ute i virksomheten. Da får man ikke rapportert dette riktig til politikerne som skal ta beslutningene og de forstår da heller ikke hva som er problemstillingen, bortsett fra at de leser noen tall som underbygger det som er rådmannens tekst som ikke alltid er helt riktig. Men det er jo det som er rådmannens setting for ikke å komme på kant med politikere.

Respondenten fremholdt at det var mange faktorer som spiller inn. Det kan være at rådmannen mener at «folket» ikke skal mene for mye. Det kan være at rådmann ikke selv har rapportert godt nok. Kanskje har ikke politikerne fått vite nok gjennom året. Det kan være at rådmann ikke har tillit i organisasjonen. Han fortsatte:

Og når man leser det på trykk så er det jo noe annet enn det jeg rapporterte. Det å si noe om fakta, man synser og man føler, men når man har fakta så handler det jo om hvordan det faktisk er og konsekvensene og da er det ikke så mange måter å skrive det på. Da er det klart at dette er vanskelig. Det er jo også litt hvordan politikere er. Har vi et kommunestyre som stiller krav til rådmann. Det er ingen som liker negativ omtale og spesielt ikke rådmann. Rådmann kan da kneble organisasjonen og da vil det være individuelt om hvordan media har oppfattet dette.

Når vi her er inne på rapportering generelt, det være seg f.eks. i tertialrapportering, skal rådmannen etter kommuneloven påse at de saker som legges fram være forsvarlig utredet (jfr. kap. 2.2). Det at rådmann bevisst utelater å gi nødvendig informasjon er misbruk av sin *posisjonsmakt*. Jeg har i denne avhandlingen ikke hatt fokus på lederstøtte i teorikapittelet, men ser mer på mangel på lederstøtte som et uttrykk for makt fra overordnet administrativ ledelse. Det vil jeg komme tilbake til i kap. 4.4. Jeg vil likevel trekke frem artikkel til Bigseth og Kjørholt hvor de sier at:



Kommunikasjonslinjene mellom leder og medarbeider går like ofte horisontalt som vertikalt. En hierarkisk posisjon gir ikke lenger lederen automatisk autoritet og legitimitet i organisasjonen, men må suppleres med egenskaper som empati, åpenhet, inspirasjonskraft og kommunikasjonsferdigheter. Lederens legitimitet og autoritet må altså i større grad enn tidligere forankres i vedkommendes mellommenneskelige ferdigheter. (Bigseth & Kjørholt)

Samtlige respondenter har forholdt seg til ulike rådmenn i deres lange karriere. Det å få støtte fra sin overordnet fremkommer som viktig i den daglige driften. Selv om én av respondentene uttrykte det slik:

Nei, du kan jo si det at det er jo to forhold her. Hvor mye blir du sett i hverdagen. Så kan du si at vi ikke blir sett i det hele tatt. Jeg er av den oppfatning av at selvstendighet rundt jobben er ikke avhengig av å bli sett fordi jeg ønsker å rapportere på de områdene jeg skal rapportere. Jeg har ikke et behov for at det står en kommunalsjef som står i døra her og lurere på hvordan jeg har det, for og tilsynelatende følge med. Noe annet er jo å ha noe oppmerksomhet rundt gjerne på ros, det positive siden. Det er mangelfullt. (...) Men jeg har på en måte blitt så gammel at jeg har ikke det behovet jeg. Jeg er trygg og ser helst at de holder seg unna og det gjør de.

På direkte spørsmål på om respondenten går til rådmann dersom det er problemer svarer han: «Ja, ja! Det har aldri vært noe problem. Jeg har aldri følt at jeg har stått aleine i en sak.» Slik uttrykker også en av de andre respondentene det:

Vi har hatt mange saker som har vært provoserende og vanskelige ut mot innbyggerne, men også i reduksjon av stab og oppsigelser. I de settinga der, så føler jeg ikke at jeg er blitt uthengt i media. Det er utad sett på for kommunen som et vanskelig valg men har ikke blitt løftet fram som noen syndebykk. Du har hatt rådmann i ryggen i saker hvor du har måttet uttale deg? Ja helt klart. Det er veldig bra. Det er det ikke alle som har hatt.

En av respondentene mener hun har god støtte fra rådmann, men det er på bakgrunn av at de leverer det de skal. «Da jeg begynte var det minus 20 mill.(...) Og når vi leverer i balanse er det ikke noe problem.» På oppfølgingsspørsmål om støtten også var til stede også dersom de fikk merforbruk svarer hun:

Men om jeg går på en smell er jeg tidlig ute med å legge det frem for politiske saker. Så slipper de at jeg på slutten av året leverer et resultat som er overraskende. (...) Da er de varslet. Da må jeg innføre tiltak for å redusere overforbruket. Så da melder jeg det tilbake

igjen ved neste tertial. Jeg følger med hver dag på så jeg ser hvordan ting utvikler seg. Jeg syns jo det er morsomt også.

En av respondentene var frustrert over ikke å bli hørt av tidligere rådmann. Han fremhevet sin lange erfaring som leder og fremholdt at han som var så gammel i gamet, kunne ikke tas på noe som han hadde rapportert på.

Rådmannen svarer ikke på utfordringene. Skal jeg gjøre det slik med de konsekvensene, eller skal jeg gjøre det slik med de konsekvensene? Når han da ikke svarer på dette, og resultatet ligger der, ja da er det ubehagelig for rådmann å rapportere. Og det endte jo med at vi snakket sammen i tertialen. En eller to ganger sa han: Sånn kan vi ikke ha det, for dette går jo utover meg og som rådmann. Javel... Men hvem er ansvarlig? Ja akkurat.

En av de andre respondentene uttrykte også frustrasjon over tidligere rådmanns manglende forståelse og støtte og uttrykte:

Det var vanskelig og ikke få noe form for støtte. Jeg tenker at det å drive pleie- og omsorgssektoren er vanskelig. Når jeg kom var den utrolig «interessant» for innbyggerne i kommunen. Vi var under lupen. På den ene siden så var man iaktatt og på den andre siden hadde man ikke støtte og ble ikke tatt med når vi skulle legge budsjetter. Men det er jo alltid en grunn til noe og ja igjen mente jeg at det var en hårreisende bruk av penger som kunne brukes på en annen måte f.eks. så hadde vi veldig mange institusjonsplasser og vi kunne dreie mer over til hjemmebasert omsorg.

Men da er man avhengig av at den som styrer, meg i denne situasjonen, gjør det rette. Vi var aldri med på kommunestyre og visste ikke hva de politiske signalene var så det måtte vi gjette oss til. Kanskje å ha en magefølelse på hva det var.

I Nordlandsforsknings rapport kom det fram at så mange som 40 % av lederne får lite oppfølging fra sin leder. For toppledere (tilsvarende min forskning) så sier 28,6 % at de får god faglig oppfølging av sin leder. Det betyr at 70 % ikke får. 15,9 % sier at de får tilstrekkelig tid til faglig utvikling. 51,8 % får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeidet og 52,7 % får tilstrekkelig bistand i utfordrende personalsaker. I denne undersøkelsen svarer andelen av toppledere mer positivt enn både mellomledere og førstelinjeledere, men likevel er det et tankekors at så mange toppledere mener at de ikke hverken god nok støtte eller bistand i arbeidet som overordnet leder (NF-rapport nr. 4/2014).

#### 4.3.5 Organisering av stab- og støttefunksjoner

«Det er ikke mulig å drive en forsvarlig ressursstyring i slike virksomheter», sier Busch. Det er vanskelig å styre den daglige driften da den ofte går på tvers av overordnede målsetninger og budsjetter og krever tilleggsbevilgninger (jfr. kap. 2.2.2). Det å være ansvarlig og styre så store avdelinger, så er man avhengig av å ha et støtteapparat rundt seg. Flere av respondentene nevnte nødvendig personalrådgivning, men gav samtidig uttrykk for at selv om de brukte mye tid på personalsaker fikk de nødvendig oppfølging fra personalavdelingene. Samtlige respondenter trakk fram betydningen av å få nødvendig økonomirådgivning som viktig i sin lederstilling:

Jeg hadde en økonomirådgiver, en i økonomiavdelingen, men nå har jeg en slags rådgiver i egen enhet. Hun skal være rådgiver for meg i forhold til strategidokumenter og sånn. Men hun er jo en kløpper med tall så hun bistår også i budsjettprosessen. Men jeg **skal** ha en ny controller som blir ansatt i økonomiavdelingen nå som skal bistå meg, følge opp enhetene og gi meg tilbakemeldinger. Ja hun må følge opp enhetslederne. Det er det som er det viktigste. Det var det som jeg så da jeg begynte her, de var jo null kompetanse i fht økonomi. Det som er nøkkelen for suksess er jo at avdelingslederne forstår og kan lese rapporter. Må vite at en time utløser også mange tillegg. Om du sparer en time så utgjør det mange timer på årsbasis. Så vi har jobba mye med det. På resultater.

En av respondentene arbeidet tidligere i en annen kommune hvor det hadde vært mer forståelse for viktigheten av å ha spisskompetanse. Der hadde man stab/ støttefunksjoner som hadde forstått at det var virksomhetene man skulle støtte oppunder. Mens i nåværende kommune er det helt annerledes:

Det er total mangel på det her. Her så tror man at man skal støtte oppunder rådmannen og ikke ut i virksomheten. Her tror ledere av stab/ støttefunksjoner at de er ass. Rådmenn. De oppfører seg sånn og rådmann tidligere har eks. i alle ledermøter, alle lederutviklingspunkter, seminarer, og hva det måtte være, så har stabsfolka i hauger og spann vært med. Og i tonivåmodell så må man forstå bildet mellom delegasjon knytta mot rådmannens delegasjon til enhetene. Og der ligger det. Og da er det lederne du må snakke med og ikke stabsfolka. Så slik var det her før, men nå endres det. Så på forrige samling som vi hadde var stabsfolka ikke med, og da sa vi; Dette er bra! Jeg sier ikke at stabsfolka ikke er viktig. Men var økonomisjefen og personalsjefen der? Ja, for personalsjefen og økonomisjefen er også enhetsledere.

Alle respondentene har totalansvaret for økonomien i sin virksomhet. Virksomhetene driftsnivået til disse kommunene kan sammenliknes med store bedrifter. De har driftsbudsjett fra 100-700 millioner kroner. Kun to av respondentene har egen økonomikonsulent i stab i egen virksomhet. De andre må benytte økonomiavdelingen som gjerne ligger i stab hos rådmann. En av respondentene sier det slik:

Økonomiavdelingen er i stab til rådmann. Jeg hadde ikke egen konsulent som kunne hjelpe meg. Det har jeg nå for det har jeg satt krav til nå. En av utfordringene knytta til økonomi var knytta til at økonomikonsulenta kunne ikke reglene knytta til 24 timers drift, turnus, turnusarbeid, så vi butta mye i kommunikasjon. Jeg syns at dom forenkla og dom syns at jeg var dum (latter). Det var en del innenfor turnusteknisk men også i forhold til tilleggslønn, helligdagstillegg, krav på det ene og krav på det andre som dom ikke kan regla rundt. Jeg opplevde jo at det kunne være litt krevende kommunikasjon med økonomiavdelingen.

Uten egen økonomiavdeling skal overordnet helse- og omsorgsledelse være ansvarlig for og ansvarliggjøre egne avdelingsledere. Avdelingslederne har selv fullstendig ansvar for egen avdeling på fag, personal og økonomi. En av respondentene uttrykte det slik:

Det med økonomistyring. Jeg må jo ansvarliggjøre avdelingslederne. I avdelingslederrollen skal de ha ansvar for personal og økonomi og fag, så er det jo klart at da måtte de gjøres i stand til å forstå og ha nok tid. Forstå ja hvordan var det. Jo det er å gå inn og sjekke lønn, personal. Det er det med hverdagens oppfølging. Jeg hadde erfaring tidligere hvor viktige den daglige oppfølgingen er. Da trenger de bistand, f.eks. å spisse tingene, om det var når de skulle legge budsjettet. Da så jeg at behovet var der for å øke kompetansen.

Det at de selv har et selvstendig ansvar som overordnet leder, gjør at de også kan ta noen grep og omfordelte ressurser etter behov. En av respondentene ansatte en økonomirådgiver i 50 % stilling ved å omorganisere på andre områder. Han fortalte:

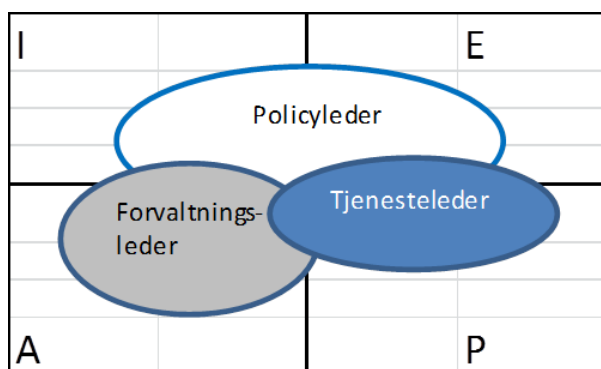
Jeg omfordelte noen ressurser og ansatte en i 50 %, så nå har hun vederlagsbiten For vederlag vet du er et fag i seg selv. Så hadde jeg en som var veldig god på det og tenkte at da kunne jeg benytte vedkommende, så var hovedfunksjonen vederlag, fakturering og 50 % støttefunksjon knyttet til avdelingen min.

Respondenten forteller videre at han benytter nå vedkommende til også å bistå i mer spesifikke oppdrag som innkjøpsavtaler osv. Og fremhever betydningen av å ha en ressursperson til dette viktige arbeidet.

Busch trekker fram budsjettet som styringsinstrument gjennom de 4 hovedfunksjonene; styringsfunksjon, kontrollfunksjon, den politiske funksjon og informasjonsfunksjonen som jeg redegjorde for i kap. 2.2.2. Nettopp styringsfunksjonen og kontrollfunksjonen blir det stilt spørsmål om her. Flere av respondentene trekker fram mangel på forståelse for kompleksiteten rundt økonomien i helse- og omsorgstjenesten. Det at hverken personalavdelingen eller økonomiavdelingen har forståelse for turnusproblematikk, ferie og fravær i denne type tjeneste gjør det vanskelig å utarbeide reelle budsjetter. Det må bygges på erfaringstall og antagelser.

#### 4.3.6 Organiseringens betydning for kvaliteten

Når jeg sammenfatter funnene i min undersøkelse med spørsmålet om organiseringen har betydning for kvaliteten på tjenesten i helse og omsorg. Er det et helt klart svar at ja, det har det. Muligheten for den enkelte leder til å påvirke de beslutninger som skal tas på alle nivå, handler også om organiseringen av tjenesten. Jeg vil igjen trekke fram PAIE modellen i kap. 2.6 for å vise mulighetsrommet til overordnet helse- og omsorgsleder.



PAIE modellen til Adizes fortolket av Strand

For at den politiske ledelsen skal få nødvendig og riktig informasjon om tjenesten må overordnet helse- og omsorgsledelse ha de nødvendige kanaler for å kunne komme med sine «in-puts» jfr. Eastons modell. De må gis mulighet til å komme med tilbakemeldinger på hva som rører seg i virksomheten og hva som fungerer og ikke. Det må gis mulighet for å gi øverste administrative leder (les: rådmann) nødvendig informasjon for å kunne foreta de riktige beslutningene. Da er man i tillegg avhengig av en rådmann som er lyttende og lar seg påvirke.

I Nordlandsforsknings studie fremheves samarbeid og koordinering av oppgaver som en av de oppgavene de gjør mye av. Hele 91,3 % av topplederne mener at de bruker mye tid på

dette (NF rapport nr. 4/2014). Det er ikke noe grunn til å tro at mine respondenter mener noe annet men likevel så trekkes en bedre samhandling frem som noe som kan bli ennå bedre.

Samtlige respondenter fremhever organisering som sentralt for å kunne yte god kvalitet på tjenestene ut til brukerne. Som en av respondentene sa:

Hvis flere av områdene hadde vært samla, helse og omsorg, så hadde vi åpenbart kunnet samhandle bedre. Det er jeg 100 % sikker på. (...) Vi snakker om ledere, men vi snakker ikke om hva ledelse er. Du evner ikke å være leder hvis du ikke evner å lede. Det er jo her ledelse kommer inn, ikke sant.

Dette har stor sammenheng med lederskapet, som en uttalte det at: «Både organiseringen og lederskapet er viktig for at du skal kunne ha en god kvalitet på tjenesten. Det er en forutsetning.» En annen sa: «Har du styring på økonomien så har du god kvalitet». I studien til Nordlandsforskning viser at toppledere bruker mye av sin tid på rene driftsoppgaver som årsplaner, budsjett og regnskap mm. «Ledelse er grunnlaget for kvalitet og for økonomien», sa en av respondentene. Det trekkes også fram som viktig av en av mine andre respondenter.

Jensen delte økonomistyring inn i de tre hovedfunksjonene; økonomisk planlegging og budsjettering, driftsoppfølging og kontroll (jfr. kap. 2.2.2). Hvis de skal ha muligheten til å følge opp økonomien må de også gis nødvendig bistand i form av stab- og støttefunksjoner for å kunne gjøre dette riktig.

Regjeringen fremhever den administrative ledelsens evne og betydning for de viktige prioriteringene som skal skje fremover. De skal i samarbeid med den politiske ledelsen arbeide for å oppnå de ønskede politiske resultatene. Det må «etableres en virksomhetsstruktur som legger de organisatoriske forholdene til rette for medarbeidernes arbeidsoppgaver.» (NOU 2014:12).

#### **4.4 Makt og påvirkning**

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på bruk av press og eventuelt ulik makt overfor overordnet ledelse av helse- og omsorgstjenesten. Det kan være politisk press, administrativ press, press fra pårørende og pasienter, kanskje andre underordnede eller samarbeidspartnere. Press vil gjerne komme til uttrykk gjennom bruk av media. Som jeg redegjorde for i kap. 2.3 er makt et fenomen og et relativt begrep som forutsetter en relasjon som er i et avhengighetsforhold. Da maktbegrepet i seg selv ofte er et negativt ladet ord,

benyttet jeg under intervjuene begrepet påvirkning i stedet overfor mine respondenter. Da sannsynlighet for at respondentene ville bli preget av maktbegrepet, var større.

«Ledere i det offentlige presses i økende grad fra to sider», sier Busch i en artikkel i Ukebladet Ledelse. Han fortsetter;

Først og fremst er kravene fra brukerne blitt sterkere. Brukerne har bedre rettigheter enn før, og kommer lettere til orde i den digitale mediehverdagen. I offentlig sektor er det innført en rekke styrings- og målingssystemer. Det gir mer makt til overordnede ledere og politikere. Selv om flere sider ved indikatorene kan diskuteres, blir de tillagt vekt både av politikere og media. (Busch, 2014).

Makten her er å spille spillet, maktspillet. Sosial makt er selve muligheten til å påvirke. Men makten kan både brukes og misbrukes sier Lai (Lai, 2014). Jeg vil igjen trekke fram Eastons modell i forhold til mulighetene overordnet helse- og omsorgsledelse har for å påvirke de politiske beslutningene (jfr. kap. 2.2.1). Makt er å påvirke, sier Lai. Påvirke hva som skal prioriteres.

«Vi er utsatt for mange negative påvirkninger fra media og politisk nivå i perioder og tilsynsmyndigheter også som vi ikke har fortjent», uttaler en av respondentene det. Jeg skal nå se nærmere på hvilke aktører som påvirker overordnede helse- og omsorgsledere.

#### 4.4.1 Pasient og pårørendes påvirkning

For å få svar på forskningsspørsmålet om pasient og pårørende påvirker kvaliteten, ba jeg respondentene først redegjøre for hva de mente var god kvalitet var for brukerne. Jeg vil i dette kapittelet se nærmere på hvordan pasienter og pårørende bruker sin mulighet til innflytelse.

«Hva skal vi gi, hva skal det inneholde, hvordan skal vi formidle det og når det er gjort- da skal vi utføre oppgaven. Da handler det også mye om selve møtet med mennesker. Hvis du liker og har connection med den som kom til deg. Tror du kan gjøre det helt utroligste – også feil – hvis du både kan kommunisere og smile»

Slik beskrev en av respondentene hva tjeneste av god kvalitet er. Respondentene gav ulike tilbakemeldinger på hva som var en tjeneste av god kvalitet, men var alle samstemte om at det var opplevelsen til brukeren som faktisk gav det rette svaret. Kvalitet skal tilfredsstillende beskrive krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene er

ikke bare beskrevet i form av lover og forskrifter, men også fra kommunen jfr. vedtak og fra pasienter, brukere og pårørende.

Kvaliteten på tjenesten er sterkt knyttet opp mot pasientens/ brukerens egen opplevelse.

En av respondentene svarte således på det direkte spørsmålet om hva som er tjeneste av god kvalitet?

(Latter) – det er veldig vanskelig å svare på – En tjeneste må være opplevd som god av brukeren. Og det vil jo kunne være på et spekter fra 1-100 og en kan være fornøyd med tjenesten. Vi har faglige grenser for hva som er god kvalitet. Men i denne sektoren er det hva den enkelte pasienten opplever som god kvalitet – det ligger mye i den mellommenneskelige delen og profesjonaliteten blant de ansatte. Også har du sjølsagt pasientsikkerhet og gode rutiner og styr på hvordan du behandler pasienten – det ligger mye der. Dokumentasjon, opplegg rundt tverrfaglighet og det vi har mye fokus på. Men det koker igjen ned til opplevd kvalitet – hva pasienten sjøl opplever. Når du ikke de måla som er satt, både ved livets slutfase og rehabilitering er det opplevelsen hos brukeren som teller.

En av de andre respondentene svarte om hva er god kvalitet på tjenesten:

Ja hva er god kvalitet på tjenesten. Jeg tenker at det ligger på et krysspunkt mellom flere ting. Det er opplevd kvalitet. Er ikke det det man skal svare? Jeg tenker at vårt største ansvar er å være klar over og trygge på hva vi er forpliktet til å gjøre, at vi har kompetanse og at vi informerer om det vi skal gjøre sånn at. ... for jeg tror at informasjon er nok nøkkelen til suksess. Kvalitet handler mye om det opplevde og forventningene til det vi skal gjøre.

I forbindelse med den omlegginga snakka vi mye om kvalitet. Der opplevde vi at det var forskjellige opplevelser på om de gav en kvalitativ god tjeneste. Da fikk vi varierende svar.

I artikkelen til Veggeland om økonomisme og kvalitetsledelse, (jfr. kap. 4.2.3) diskuterer han den økende graden av mål- og resultatstyring i det offentlige, preget av New Public Management (Veggeland, 2014). I kapittel 2 redegjorde jeg for kvalitetsindikatorerne i KOSTRA. Kvalitetsindikatorerne er et sett av indikatorer som kan relateres til målbare størrelser.

For disse 5 kommunene, som er med i denne forskningen, er det stor variasjon i kvalitetsindikatorerne. Kvalitetsindikatoren «Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem» varierer fra 0,24 t/ uke til 0,65 t/ uke. Altså for den ene kommunen nesten dobbelt så mye legetilsyn som den andre. For tre av kommunene har de 100 % andel for plass i enerom, mens for de to andre er 91 og 92 %. Kun én av kommunene har brukertilpasset enerom med



eget wc/ bad med 100 % dekning og her ser vi at én av kommunene er nede i hele 43,2 %, altså under 50 % av rommene har eget bad/ wc (KOSTRA – kvalitetsindikatorer 2013).

Pasienter, brukere og deres pårørende har en del rettigheter som er fastsatt i lov- og avtaleverket. Pasient- og brukerrettighetsloven som jeg redegjorde for i kapittel 2.5, hjemler den store graden av medvirkning. I tillegg forpliktet kommunene til å gjennomføre pasient- og brukerundersøkelser jevnlig for å få en tilbakemelding på hvordan de opplever den tjenesten de får. I kap. 2.2.1 finner vi pasienter og pårørende som aktører i Eastons modell. De setter krav til tjenesten.

Samtlige av kommunene i min studie, rapporterer at de jevnlig har brukerundersøkelser på institusjon og i hjemmetjenesten. Nå har jeg i min avhandling ikke gått inn i på den enkelte kommunes brukerundersøkelser, da det er for omfattende og ikke en del av avhandlingen. Jeg har likevel gjort noen enkle søk på internett for å kartlegge «staa» i disse kommunene. Det er ingenting ut fra det jeg kan se som indikerer at brukerne er misfornøyd med sine tilbud. Det er heller ingenting ut fra det jeg kan se som indikerer at brukerne er mindre fornøyd med tjenesten i de kommunene som scorer dårligere enn de andre på kvalitetsindikatorene i KOSTRA. Men samtlige vektlegger forskjellen på opplevelse av kvaliteten mellom de som får tjenestene og de pårørende. Respondenter fremhever at tjenesten er bedre enn sitt rykte. Brukerundersøkelsene viser også at stort sett er brukerne mer fornøyd med tjenesten enn pårørende. Ofte er det mangel på informasjon som trekker ned. Pårørende vet i liten grad hvordan brukeren blir behandlet og hvilket tilbud den enkelte får. Vi kan se dette i Webers maktperspektiv *negativ makt*, hvor tilbakeholdelse av informasjon kan være en form for makt (jfr. kap. 2.3), men jeg har ikke grunnlag for å si at dette er en bevisst handling fra de ansatte eller lederne. Tvert i mot mener lederne at pasienter og pårørende for mye informasjon. Da må man i stedet jobbe mer med å kvalitetssikre at gitt informasjon faktisk er mottatt. Respondentene sier følgende:

Det viser seg jo at de som ikke bruker en tjeneste er mindre fornøyd med tjenesten enn de som får tjenester. Og det er et tankekors. Det er noe med det at «Evig eies kun et dårlig rykte».

Det har vært kjørt noen innbyggerundersøkelser og der er tjenesten kommet dårlige ut enn ved direkte brukerundersøkelser. De som får tjenester er fornøyd med de som ikke får tjenester er misfornøyd. Tjenesten er bedre enn sitt rykte. Da er resultatet mye bære. Vi benytter også brukerundersøkelser gjennom [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no)

Ja vi bruker den i bedrekommune.no. annen hvert år (...) Brukerundersøkelsene sier at det er veldig bra hele veien.

Vi ligger over landsgjennomsnittet. Pårørende er mer misfornøyd, men det er ikke så rart det (latter). Sånn har det alltid vært. Det er informasjonen som de ikke er fornøyd med selv om vi syns at vi gir nok.

Vi har hatt årlige undersøkelser, men det var nok litt mye, så nå skal vi ha det annen hvert år. Jeg tror det å måle tilfredshet, er ikke et mål i seg selv men er med på å gjøre ting bedre. (...) Vi jobber kontinuerlig for å forbedre kvaliteten på tjenesten. (...) Det er viktig å sette dette i system, hvor det er en gjennomgang i den enkelte virksomhet.(...) Dette er brukers opplevelse og det er viktig at det tas på alvor.

Pårørende for de som får hjemmetjenester og er sykehjemsbeboere er igjen mer fornøyd enn pårørende til yngre mennesker med nedsatt funksjonsevne eller mennesker med en psykisk utviklingshemming. Det vil jo på en måte også være mer naturlig, da det å være pårørende for et barn, et ungt menneske, føles mer urettferdig enn det å være pårørende til et eldre menneske som er i behov for tjenester. Pårørende for denne gruppen anses som sterke og har god kjennskap til hverandre.

Flere av respondentene gav uttrykk for at undersøkelsene er mer som en termometer og skulle gjerne gått mer i dybden for å få mer kunnskap om hva den enkelte bruker mener.

Men tilbake til det at reelle kvalitetstilbakemeldinger er det lite av. Da må man kanskje gjøre slik du gjør med meg nå – gjøre intervjuer. Spørre om hva er det egentlig du mener. Da får vi nyansene. Det har vi jo ikke kapasitet til. Selv om det hadde vært spennende. Jeg tenker særlig der det er pårørende som gir lyd fra seg.

Et dagsenter var i ferd med å bli nedlagt på grunn av innsparinger i tjenesten. Det ble i denne sammenheng foretatt en brukerundersøkelse. Tilbakemeldingene var meget gode, men det mest positive var de skriftlige tilbakemeldingene de fikk:

Vi fikk en helt fantastisk tilbakemelding fra dagsenteret vårt. Det var morsomt da fordi den var nedleggingstrua sånn at da skrev dem at de hadde de kjempebra. Det var bare 6'ere på alt. Men da var det en del uttalelser og da fikk jo kanskje høre hvordan de egentlig hadde det. Sånne ting får vi ikke i brukerundersøkelser. « «Hadde det ikke vært for dagsenteret så hadde jeg bare sovna inn i senga mi». Det er en grunn til å stå opp om morra'n». «De jeg prater med gjør at jeg ønsker å ta en dag til og en dag til».

En av respondentene uttrykte at hun var fornøyd med tjenesten og tilbakemeldingene fra brukere og så en klar forskjell fra tjenesten hun hadde ledet tidligere i Oslo.

I eldreomsorgen har det vært lite. Fra å komme fra Oslo da, så her er det jo bare gloria i forhold (latter). Også når det gjelder i forhold til privat tjeneste. Det er veldig bra og høy kvalitet. Absolutt ingen grunn til å klage. Vi har jo ingen klager (...) Ja det var en liten sak nå da som eskalerte (...) Det er jo egentlig en bagatellsak da, men vi har ikke hatt noen store saker rett og slett. Vi har veldig dyktige ledere, vi har en veldig bra organisasjon, som tar problemer tidlig og demper dermed mulige saker. Da slipper vi å få det i media.

Respondentene i dette studiet arbeider alle i mellomstore kommuner. Det gjør at innbyggerne kjenner til hverandre. Flere gav uttrykk for at dette i seg selv kan være bra men gjorde også tjenestene veldig gjennomskiktig. Det at noen får en tjeneste blir dermed også kjent for de andre. En av respondentene uttrykte det slik:

Gir vi endrede tjenester til noen fordi at andre har fått? Nei, jeg har tenkt mye på det. Det er sånn at nesten alle kjenner alle her i kommunen og jeg tenker at det er like vanskelig andre veien. Er det hun som klager eller er det han som klager – betyr det at vi gir mindre fordi at vi er lei og nå skal vi statuere noe. Jeg opplever at vi tar de etiske refleksjonene. Jeg mener ikke at det feilfritt. Men vi snakker i alle fall om det.

Kommunene er pålagt å ha et Eldreråd og et Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Rådene skal bli forelagt saker til behandling som har interesse for deres gruppe. Rådene er nettopp rådgivende organ og skal rådgi kommunestyret i enkeltsaker. I § 1. i Lov om Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne står det; «Kommunane og fylkeskommunane skal sørge for at menneske med nedsett funksjonsevne blir sikra open, brei og tilgjengeleg medverknad i arbeidet med saker som er særleg viktige for menneske med nedsett funksjonsevne.» (Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd og Lov om råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne). Rådene skal altså på bakgrunn av loven, få fremlagt og gjøre vedtak i saker som er aktuelle for gruppen. Det betyr ikke bare å behandle saker om kutt i sykehjemstilbud eller bygging av nye omsorgsboliger, men faktisk også få fremlagt budsjettet for behandling. Dette er en del av *Informasjonsfunksjonen* til budsjettet og både eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne er alle interessenter jfr. *interessentmodellen* til Busch som jeg gjorde rede for i kap. 2.2.2 (Busch et al 2009).

Respondentene gav uttrykk for at de henvendte seg og sendte inn saker til rådene i aktuelle saker, men at det også var vanskelig å forholde seg til rådene som gruppe. Som en uttrykte det:

Råd for funksjonshemmede og elderrådet skal snakke for alle andre. De skal være en gruppe men det er like usikkert hvem de snakker for. De er seg selv nærmest. Det kan være vanskelig å forholde seg til.

Samtidig var det flere som fremhevet betydningen av å benytte ulike råd og utvalg for å sikre at man gjorde de rette grepene undervegs:

Det har vært mange ting som lot seg gjøre internt, uten for mye støy. Så på veien var det noe jeg gjorde som skapte mer støy enn andre ting. (...) Men jeg skulle ønske at jeg tok noen andre sløyfer innimellom. At det hadde vært lurt å gå innom pårørendemøte f.eks. Så jeg tenker at i begynnelsen var vi ikke gode nok i forhold til det formelle med å ha personalmøter eller pårørendemøter eller. Men alt det har jo blitt bedre. Nå har vi fått det opp å stå. Vi har jevnlig brukermøter, månedlige møter med hovedtillitsvalgt og disse tingene.

En av respondentene fortalte om en endring i organisasjonen til det beste for brukerne. De ansatte har med sin faglige tyngde vært godt inne i prosessen og det er gjort viktige vurderinger. Pårørendegruppen på senteret er imidlertid i mot, selv om de ikke er direkte involvert. Det å forholde seg til pårørende som en gruppe kan være vanskelig. I denne saken går det på verdighet for enkeltmenneske i den siste fasen i livet og for deres nærmeste pårørende;

Vi mener at dette er det rette. Det betyr at dersom den pårørende ikke ønsker det så aksepterer vi det. Men når det er et ønske fra pårørende at de ønsker det slik rutinen nå er, så velger vi å gjøre det. Det er ikke utenforstående som skal komme og bestemme hva som er god kvalitet. Det mener jeg er enormt viktig. Og at det ikke er noe råd som skal bestemme kvaliteten. Det skal vi som har kompetanse og erfaring beslutte. Det var faktisk ganske samlende. Apropos press så er dette et viktig eksempel på at du skal måtte gå noen runder.

Råd og utvalg har en stor grad av innflytelse, gitt også gjennom lov- og avtaleverk. Innflytelse kan også være makt. Selv om Robert Dahl mener at det er et skille hvor innflytelse oppnås med argumentasjon og ved å benytte makt, brukes det kraftigere virkemidler. Råd og utvalg kan imidlertid benytte seg av mediemakt for å fremme sine synspunkter (jfr. kap. 2.3).

Jeg skal nå se litt nærmere på hvordan rutineene er for saksbehandling blant respondentenes kommuner. Når den enkelte bruker får et vedtak innenfor helse- og omsorgstjenesteloven, utformes det som enkeltvedtak jfr. Forvaltningslovens bestemmelser. Saksbehandlingen er derfor viktig for at den enkelte skal få et vedtak om den riktige tjenesten. Saksbehandling kan fremstå å være *posisjonsmakt, ekspertmakt og negativ makt*. jfr. Weber. Saksbehandlerne har makt gjennom både sin posisjon og som ekspertene på saksbehandling. Pasienter og pårørende kan føle seg forskjellsbehandlet (jfr. kap. 2.3). Respondentene fremholdt betydningen av dette og at saksbehandlerne skulle være godt skolert for saksbehandling.

De har vært på saksbehandlingskurs og er gode saksbehandlere, men det er litt med språkbruken. Når saken er vanskelig så tar du kanskje inn litt dårlig språkbruk i inn i dette for det skal jo være brukerstyrt og det skal være litt romslig og da blir det lett for ustrukturert. Det er ikke for å kritisere de som sitter med det men det har vært vanskelig å forholde seg til det fordi at BPA [Brukerstyrt personlig assistanse] ikke er noen A4 saker. Jeg tror fortsatt det er sånn at prinsippet om at kommuneadvokaten skal se på det gjelder fortsatt, men det vil nok bli litt slappere etter hvert som det er gode rutiner.

«Har vi først gitt litt romsligere vedtak, er det vanskeligere å stramme inn,» uttalte en av respondentene. Derfor er riktig saksbehandling i første omgang viktig for driften. Det viser seg at flere av respondentene hadde ansatt jurister for å bedre saksbehandlingen.

Tidligere på tildelingsenheten var det saker hvor vi ble satt under press, men nå har vi fått tilsatt en jurist og det har løfta kompetansen. Han er også med i lederteamet mitt og det gjør jo at det er mer profesjonelt. Det gjøres en veldig – jeg ser – jeg vet jo at det er en link mellom ansatte og brukere som kjenner de funksjonshemmede og har vært her i alle år. – det blir nesten en symbiose. Og da blir de så engasjert i enkeltpersoner fordi de kjenner dem så godt at de greier ikke å se ting litt utenfra. Det jobber de med nå da som gjør at vi prøver å rydde litte grann.

Respondentene uttrykte at det var generelt lite klager, men de som kom var i liten grad tuftet på kvaliteten på tjenesten. En av respondentene uttalte:

Noe annet jeg tenker på når vi snakker om kvalitet er at når vi får tilbakemeldinger er klager så er det sjelden det pinpointes på kvalitet. Det er ingen som får hjemmetjenester som sier at det var utrolig dårlig sårbehandling. Hva i all verden driver dere med? Her gror det ikke? Det

går i stedet på tidspunkt eller nå var det femtemann som kom denne uka og de visste ikke at jeg skulle kjøres inn til badet i dostolen. Jeg mener ikke at det ikke er kvalitet men jeg mer at vår del av tjenesten hvor det er størst volum i alle fall så man blir produktet av det. (...) Men som sagt så mener jeg at vi får lite kvalitetstilbakemeldinger.

Gjennom Forvaltningslovens bestemmelser gis tjenesten en mulighet til å vurdere vedtaket på nytt, før det går videre som klagesak. Dette fremheves som en god mulighet fra respondentene. Som en sier:

Det å bruke media til å få bedre tjenester, det tenker jeg mye på. Det får du uansett. For er du ikke tonedøv, så går du gjennom saken en gang til for å sikre deg at det ikke er noe feil. At du har gjort alt rett. Så tenker jeg sånn som når vi fikk den saken vi hadde i sommer så var det drøfting rundt det. Hvilke vurderinger har vi gjort? Er det riktig saksbehandling? Er kartleggingen så gammel at vi må ta den på nytt? Er det noe andre ting i saken? Og har vi tenkt langt nok fram – ikke sant?

Den relasjonelle makten finnes i relasjonen som oppstår i samspillet mellom mennesker, sier Christensen et al, mens den institusjonelle makten koples til regler, normer og rutiner (Christensen et al, 2011). Saksbehandlingsreglene blir her den *institusjonelle makten*, mens det i samspillet mellom saksbehandler og pasient og/ eller pårørende skjer en *relasjonell maktutøvelse*. Makten kan her gå begge veier, hvor saksbehandler benytter sin *ekspert- og posisjonsmakt* mens pasient og/ eller pårørende benytter den *negative makten* gjerne gjennom media (jfr. kap.2.3). Det å benytte media for å fremme sitt syn ser jeg nærmere på i neste kapittel.

#### 4.4.2 Mediemakt og påvirkning

Mediene er viktige aktører i et demokrati. Mediene er med på å sette dagsorden og bidrar til å overvåke dem som har makt i samfunnet. Det er ikke for ingenting media er blitt kalt den fjerde statsmakt. Det er imidlertid ikke slik at alt som står i media er den hele og fulle sannheten. Selv har jeg erfaring fra journalister som har henvendt seg direkte for å høre om det de har fått vite faktisk er en «sak» som de bør gå videre med eller om dette er kun et ønske om å få spalteplass. Da er det viktig å trå varsomt slik at taushetsplikten overholdes, men si nok til at «saken» ikke blir noe sak. Det er media som bestemmer dagsorden og bestemmer vinklingen jfr. Sander i kap. 2.3.

Denne makten pasienter/ pårørende har gir mulighet til å gjennomføre en ønsket endring. De får virkeliggjort sine ønsker og behov. Partene her er i et avhengighetsforhold til hverandre ( jfr. kap. 2.3). En av respondentene mener media har stor makt:

Media har også stor makt ja– og det vi har opplevd der er mer medias behov for å ha fokus på negative ting. På det vi ikke får tel. Mens det som er positivt i tjenesten og lykkes godt med skrives det ikke om. Det er også sånn man opplever fra tilsynsmyndighetene, og jeg forstår jo bakgrunn for det, men det er veldig leit og det gjør noe med tjenesten og det gjør noe med de ansatte når fokuset bare er på det negative.

Flere av respondentene forteller at de har blitt «truet» med mediedekning fra pårørende.

Så klart har vi noen spesielle tilfeller som er godt kjent i kommunen som er gjengangere. De truer med NRK og så videre. Nå har vi oppmuntret de til å gjøre det for som vi sier da får du belyst saken din. Men da skjer det jo ingen ting. Men store saker? Nei, men kanskje det har vært slik at jeg fortrenger det?

Trussel er klart et maktbegrep (negativ makt jfr. Weber, i kap. 2.3). Men respondentene mener at de har en bevissthet rundt mediedekning rundt enkeltsaker. Det å benytte media kan slå begge veier. Det kan gi både en bedre tjeneste for enkeltbrukeren, men da ikke på grunn av mediedekningen men på bakgrunn av at de har sett på saken på nytt. Det kan f.eks. være nye momenter som er trukket fram som de ikke har visst om tidligere.

Ja, det var vi veldig opptatte på og var et tema for oss hele tiden. Her må vi prøve å skille den personen, som vi alle er enig om at var i behov for omfattende tjenester, og hvordan tjenesten skal være generelt. Men dette er et kjempevanskelig tema da dette går på etiske forhold.

Flere av respondentene fremholdt at det å gå ut i media ikke nødvendigvis gav noe bedre tilbud, i alle fall ikke generelt. Av og til kunne det gi positive utslag for den enkelte men det hadde ikke noe å si for tjenesten generelt, snarere tvert i mot. Som en av respondentene uttrykte det:

Men det at press fra andre utenifra kan påvirke tjenesten positivt er avhengig av tjenesten. Alle tjenester har forbedringsområder. Dårlig resultat på brukerundersøkelser eller avvik som ikke er bra så synes jeg jo det gjør jo at vi kan bli bedre. Men enkeltsaker som at pårørende går til media ... Sånne oppslag i media, hvor man bare bruker media for å få gjennomslag, det påvirker ikke tjenesten positivt. Det gjør heller ikke at brukeren får noe bedre tjeneste.

#### 4.4.3 Makt og påvirkning fra politikere og overordnet administrasjon

I kap. 2.3.1 redegjorde jeg for pluralisme som har en tett sammenheng med maktbegrepet. Pluralisme forstås i denne sammenheng om politikernes makt og påvirkning i budsjettprosessen og på prioriteringer av tjenester til brukerne/ befolkningen. Politikerne vedtar budsjettet etter innspill fra administrasjonen. Det i seg selv er å ha makt og ved å påvirke de prioriteringene som gjøres i budsjettarbeidet. Respondentene fremhevet spillet, og da gjerne i forbindelse med budsjettprosessen. Det å ikke bli tatt med på råd, eller ikke å få uttale seg om konsekvenser, trekkes spesielt fram som negativt fra flere. Respondentene kommer med flere eksempler som viser at politikere i sin stilling bruker makt for å påvirke beslutninger i tjenesten.

Det er stadig noen eksempler på bruk av makt. I vår kommune har det vært mange runder med økonomiske kutt. Vi driver med det nå. Så vil du jo prioritere. Noen stand må du kutte de kronene du må ned. Så blir du ikke hørt av politikere. De legger det inn att. De vil ikke legge ned det vi har prioritert men opprettholder kutta så vi må ta det andre plasser. (...) Men i forhold til press der det er mest – jeg tror jeg vil si at det er mest i forhold til politisk nivå. De ønsker å drive med sin politikk hvor motivet for gjenvalg er høyere enn sunn fornuft, opplever jeg (latter). I alle fall prioriterer de andre ting enn administrasjon i mange saker. Det har vært litt av motivasjonstapet. Hva i all verden ... hva skal ligge til grunn for en god beslutning. Hvis det oppleves å gå nye runder fordi det snart er valg så er ikke det noe god grunn for en god beslutning.

Her benyttes det både *posisjonsmakt*, *ekspertmakt* og *negativ makt* fra den politiske siden. jfr Weber i kap. 2.3. Politiske beslutninger både sett i lyset av Easton modellen og i Lowis typologi, gir aktørene forskjellig roller og kanaler for hvordan politikerne skal fordele, regulere og omfordele rammene (jfr. kap. 2.2.1 og 2.3.1). Respondentene sier videre:

Det er press fra politikere hele tida. Vi har en ordfører som er borgermester og ombudsmann for folket. Det var verre før. For fikk de avslag hos NAV gikk de rett opp til ordføreren som så gikk rett til meg. Det er noe fortsatt men ikke så mye. Men jeg får enkeltsaker hver uke. Da prøver jeg å forklare (latter). Det kan jo være riktig at noe skal omgjøres da men ordfører får jo bare en versjon. Men min plikt er jo å finne ut og opplyse han uten å si for mye. Det er jo taushetsplikt. Det er en balansegang.

Jeg har ikke fått mange saker i media fra pårørende men har noen saker hvor de går til politikere eller rådmann men i de saka har vi stort sett blitt hørt faglig og da har ikke saka



gått videre. Det har vært mer at innbyggere roper høgt om kutta vi har gjort og da har politikere hørt på innbyggere og da har de lagt inn tjenester igjen som vi har foreslått å kutte. Det er tjenester til de brukerne som er friskest men det har gått utover de dårligste brukerne. Som fagperson gjør en ikke det med godt hjerte.

Det var veldig ofte fra politisk hold at den og den burde få plass. Kan'ke legge ned den plassen og sånn. Vi skulle redusere på antall sykehjemsplasser som vi kjøpte andre steder. Så det har jeg opplevd. Jeg opplever det mindre nå, mindre av den type politisk press men vi har jo hatt saker i media, ikke sant. Men det har ikke generert at jeg har måttet omdisponere eller gjøre ting på en annen måte enn det vi har bestemt.

Det å ha en dyktig rådmann trekkes fram som særs viktig. Det at det er nødvendig med et klart skille mellom det politiske og det administrative. Det er jo også det Busch trekker fram i sin artikkel om at «krysspress preger hverdagen for ledere i offentlig sektor.» (Busch, 2014). To av respondentene gir følgende beskrivelse:

Det går mest på enkeltsaker, noe som det oftest gjør. Det som jeg merker nå etter omlegginga, var å få dette gjennom kommunalsjefene. Det har gjort at politikere har fått en distanse til enkeltsakene og det hele har blitt mer profesjonelt. Det har blitt en profesjonell administrasjon. Hvor rådmannen har en egen ledergruppe å spille på og som hun bruker, som gjør at det har vært mulig å jobbe med roller og ansvarsfordeling på en annen måte. Vår rådmann har lang erfaring fra tidligere jobb i forhold til å skille på hvem som gjør hva. Det har blitt et klart skille etter ny rådmann og ny organisasjon. Hvor politikk er politikk og vi har profesjonalisert oss på det administrative. Så men det er jo litt mer støy men nå kommer de ikke i media på samme måte.

Det ble på en måte slik at slaget stod ute i egen enhet i forhold til det å møte de store utfordringene. Og det at økonomien ble trang så ble kravene til å redusere budsjettene uavhengig om vi dokumenterte store utfordringer. Hvordan skal vi møte de utfordringene i vår kommune og hvordan skal rådmann foreslå de rammene som etter mitt syn åpenbart burde vært synliggjort til å være det som vi nå må satse på. Ikke ta hensyn til at det kommer store tog fordi noen grupper ikke aksepterer nedskjæringer. Ikke ha bein i nesa og rygg og til å si at jo det er der vi har dokumentert veksten og det er der vi har utfordringene og vi har grafene som forteller. Men det ville ikke rådmannen høre på. Så fikk vi i stedet beskjed om å spare og men rådmann ville ikke fortelle hvor det skulle gjøres. Det bryter ned organisasjonen og de ansatte. Og det og hele tiden ikke bli trodd, ikke bli sett, ikke bli hørt. Vi som kjenner hverdagen. (...) Er det KOSTRA tall som skal bestemme eller det vår egen kommune og vår struktur og hvordan det er bygd.

Igjen ser vi at rådmann benytter sin *posisjonsmakt* og *negativ makt* ved å holde tilbake nødvendig informasjon for å gi politikerne det nødvendige beslutningsgrunnlaget (jfr. kap. 2.3). Respondentene fremhever kommunikasjonen mellom politikerne, administrasjon og overordnet helse- og omsorgsledelse som veldig viktig. Det å ha faste møter og kontaktpunkter trekkes fram. Jeg vil igjen trekke fram Easton modellen som illustrasjon for viktigheten av å være i posisjon for å komme med sine synspunkter (jfr. kap. 2.2.1). Da vil også interessentmodellen til Busch være essensiell (jfr. kap. 2.2.2). To av respondentene formidlet det på denne måten:

Det har vært veldig stille fra politikerne. Men jeg har faste møter med leder for hovedutvalget og jeg har vært veldig tydelig på det at om dere ikke de er fornøyd med den jobben jeg gjør, må de gi meg beskjed. Jeg er avhengig av tillit og du må ikke gå ut i avisen og svartmale meg. Så han gjør ikke det. Vi har en åpen dialog. Så er det noe så tar vi det på kammerset. Jeg har tillit hos politikerne og vi har klart å skape et miljø hvor vi ikke kjefter på hverandre og det er en god stemning. Så det har vært ålreit. Så det er en morsom kommune å jobbe i.

Det at politikerne kommer på banen, tenker jeg at det er helt slutt på det da etter at vi skiftet rådmann i 2012. Det var mer sånn før. Så derfor tenker jeg at mye handler om at vi ikke var profesjonelt organisert godt nok. Vi hadde sikkert ikke gode nok rutiner. Men nå er vi samkjørte og bestemte på hva vi skal levere – hva vi har ansvar for. Jeg tenker at når det kommer en sånn sak så vet jeg at min leder forventer at jeg skal rydde opp. Det betyr ikke å løse det gjennom å gi noe men å sikre at jeg er sikker på at vi gjør det rette.

Det å være i en kommune som er organisert slik at det er en høy grad av legitimitet. Legitimitet er i denne betydning en maktbruk som er rettmessig og akseptabel (jfr. kap. 2.2.). Anerkjennelse for jobben de gjør medvirker til et bedre samarbeidsklima. Dette fremheves som viktig av en av respondentene:

Jeg tenker at det har vært mye press med i motsetning til andre kommuner hvor kommunestyret er mye mere på, så tror jeg nok at vi har fått mye anerkjennelse. Nå skal det sies at vi har hatt en ordfører i veldig mange år og som selv er sykepleier. Det har vært en forståelse for at enkelte ting spør man faktisk ikke om men hun har også stilt spørsmål som jeg tenker ikke passa.

Nordlandsforsknings rapport viser at lokale myndigheter stiller krav til virksomheten som er vanskelig å etterkomme og at overordnet leder har liten forståelse for helse- og

omsorgsvirksomheten (NF rapport 4/2014). Igjen ser vi hvor aktuell artikkelen til Busch er (Busch, 2014).

#### 4.4.4 Makt og påvirkning fra tilsynsmyndigheter

Fylkesmennene er satt av Helsetilsynet til å følge opp og føre tilsyn med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tilsynene skal sjekke om tjenestene som gis oppfyller lovkravene for området om forsvarlig tjeneste. Jeg har i kap. 2 redegjort for de fleste lovkrav for området og forsvarlighetsprinsippet fremkommer i Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 hvor det står at «Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.» Vi snakker her om faglig forsvarlighet og jeg vil i dette kapittelet trekke fram Helsepersonelloven som vesentlig. I § 4 i Helsepersonelloven står det; «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

I Interkontrollforskriften § 1 og § 4 stilles det krav til virksomheter i helse- og sosialtjenesten om systematisk styring og at en beskriver virksomhetens hovedoppgaver og mål.

Respondentene var enstemmige i sine tilbakemeldinger på tilsynsmyndighetenes påvirkning på tjenestene innen helse- og omsorg hvor samtlige hadde erfaring fra tilsynsområdet. Som en av respondentene uttalte det:

Det har vært medikamenttilsyn og tilsyn på kvalitetsrutiner, systemrevisjoner. Og der syns jeg at Fylkesmannen etter hvert har blitt flink da. Og vi har hele tiden sett på det som et gode i det kontinuerlige kvalitetsarbeidet vårt. Men det var en periode hvor de ulike tilsynene, og det var ikke bare fylkesmannens, kom nesten oppå hverandre med nesten de samme temaene. Så det var jo en stor frustrasjon. Så rådmannen tok det jo opp at «samordne dere litt da – ikke ta opp tilsyn med nesten det samme innhold etter hverandre», så det syns jeg at det har blitt en fin form på etter hvert.

Hvordan rapportene fra tilsynene utformes kan imidlertid være krevende. Tilsynsmyndighetene (les: Fylkesmannen) vil ved tilsyn se om virksomheten drives i tråd med gjeldende lov og regelverk. De kan gi avvik eller merknader. Avvik må lukkes. Det vil si rettes opp av virksomheten og sende meldingen på dette til Fylkesmannen. Dersom tilsynsmyndighetene under en revisjon om medikamenthåndtering finner at avviksrapporteringen ikke er god nok, vil de kunne gi avvik og si at «NN kommune driver

ikke forsvarlig tjeneste». Dette er klart bruk av både *posisjonsmakt* og *ekspertmakt*. Men kan også på bakgrunn av språkbruken gi *negativ makt*. (jfr. kap. 2.3) En av respondentene uttaler:

Når vi hadde vårt første tilsyn som jeg kan huske sånn på et av våre sykehjem, hvor vi fikk store oppslag om at «Pasientene i kommunen får ikke dekket de grunnleggende behov», var overskriften i avisen. Katastrofe! Og så var det jo ikke at de ikke fikk det, men vi klarte ikke å dokumentere det godt nok. Det var jo en stor diskusjon med Fylkesmannen, men det er ikke lov til å si at noe gjøres bra i denne systemrevisjonen. Det er på en måte avvikene som teller. Men når vi lærte det da så var det jo enklere å være litt mer forberedt på hva som kommer nå. Men jeg husker at i starten så var det litt strevsomt fordi at pressen og politikere ble forundret. Men vi får jo avvik nå også, ikke mange etter det jeg husker, men nå har vi jobbet mye det sjøl.

Flere respondenter nevner muligheten for økte bevilgninger etter et tilsyn hvor det har fremkommet avvik. De benytter avvikene som argumentasjon for å gjøre organisatoriske endringer eller for å be om tilleggsbevilgninger. «Ja, i barnevernet har vi hatt stygge avvik i forhold til fristbrudd og da ble vi innkalt på teppet til Valgerd [Fylkesmann Valgerd Svarstad Haugland, red. anm.]» Det viste seg at dette argumentet var godt nok til å få mere overføringer i rammen for å øke antall stillinger i barnevernet. En annen av respondentene som har utfordringer knyttet til forventet avvik nå, forventer ingen flere midler og uttaler:

Vi har et tilsyn nå som gjør at vi må gjøre noen ting. Vi har en utfordring med den kommunale delen i NAV og samhandlingen med resten av den kommunale tjenesten. Det er ikke ukjent det for så vidt men tilsynet bekreftet at vi ikke har de nødvendige rutiner på plass. Og det handler om manglende kontroll og styring i NAV. Det var både greit å få en bekreftelse på det når vi nå har en revisjon på området. Så jeg tenker at man kan bruke det til sin «fordel» for å si det sånn. Men har ikke fått noen penger slengt etter meg ennå (latter). Det er ikke sånn det virker (latter).

Respondentene fremhevet arbeidet rundt tilsynene og i etterkant som positivt. De vektlegger også tilsynets virkning på kvaliteten. Planlagte tilsyn gir en direkte heving av kvaliteten på tjenesten. En av respondentene fremhever at de jobber ekstra med kvalitetssystemet fordi de får tilsyn. Det har gitt en bevisstgjøring rundt kvalitetssystemet og sikring av rutiner og dokumentasjon. Og mener at tilsyn åpenbart gir en bedre kvalitet på tjenesten. To av respondentene uttaler:

Jeg tror at tilsyn er bra. Det er viktig at man blir sett på hvordan vi jobber og at vi følger opp de områdene som tilsynet har formidlet. Det er fordi at i en hektisk hverdag med alle de utfordringene man har så handler ting om å prioritere. Og når man prioriterer, setter man det som er viktigst foran. Og da betyr det at i vår hverdag med folk, pasienter, pårørende så blir system og papirer og rutiner ofte nederst på lista, men det bør i stedet være i forkant. Vi må ha systemene som da revideres. Det kommer fram gjennom avvikssystemet og revisjonene. Nå har vi sagt at det skal revideres innen da og da og nå må vi ta det fram igjen.

Vi har alltid endret noe etter tilsyn. Alltid. Har alltid fått avvik eller merknad. Så tenker at vi jobber med det de kommer med men er ikke alltid like opptatt av alle punktene de kommer med. Det har vi sagt til tilsynsmyndighetene også at med alt de finner så skulle n tro at det ligger noen millioner inne i bildet og (latter). Så vi kan endre på det vi driver med. Men de finner stort sett det vi arbeider med og vi har alltid vært veldig glad for å åpne for tilsyn, bare de ikke kommer for ofte.

En annen respondent fremhever kvalitetsutvalget som de har etablert som et viktig bidrag for å øke kvaliteten på tjenesten:

Vi etablerte for noen år siden et kvalitetsutvalg for disse helse- og omsorgstjenestene for først og fremst knytte dette opp mot medisiner, medikamentavvik og håndtering av dette. Vi ville være mer bevisst på det. Og veldig mye opplæring av medarbeiderne på det å ha avvik er bra for det er det vi lærer av. Jeg husker vi hadde besøk av en som solgte kvalitetssystemer for flere år siden og vi hadde nettopp fått et sjokkartet helse- og sosialutvalg til å - de reagerte på vår rapport på avvik, jeg tror det var 30 på et kvartal. Konsulenten sa at tommelfingerregelen er ett pr innbygger. Det vi jo si at 30 er veldig lite. (...) Det er ikke positivt å ha avvik, men vi vet jo alle at avvik forekommer. Da er det viktigere å få de frem, jobbe med det og lære av de ennå tro at de ikke er der. Og ta de grep som må tas.

Formelle varslede tilsyn er en ting, klagesaker hos Fylkesmannen kan være noe annet. Respondentene trekker fram klagesaker som noe som også kan være positivt. Ved at Fylkesmannen behandler saker vil de kunne se om tjenesten som tildeles er i tråd med lov- og avtaleverk og kan gi kommunen føringer for liknende saker. En av respondentene uttaler:

Såne saker vil være førende for tilsvarende saker. Derfor er det jo så viktig at dette håndteres korrekt. Og det blir jo en av konsekvensene her for vi har jo hatt en økning på tjenestene. Vi har et brukerkontor her som både tildeler og evaluerer vedtakene. En del av de vedtakene var ikke gode. De kunne lett angripes. Var litt for runde. Det ble innført at ingen

vedtak skulle ut før kommuneadvokaten hadde gått gjennom det. Dette for å sikre kvaliteten. For de fleste vedtak er det jo uproblematisk men for noen hvis man først trekker i en tråd og begynner å nøste så kan det være noe å ta tak i. Så blir det helt uholdbart. Det tror jeg har ført til større bevissthet rundt hvordan vi formulerer disse vedtakene.

«Makt er mulighet», sier Lai. Mulighet til å oppnå det man ønsker (jfr. kap. 2.3). Denne respondenten gir klart uttrykk for at tilsynene fra Fylkesmannen har bidratt til å bedre kvaliteten på tjenesten. «Det mener jeg og er ganske sikker på. Fremfor alt det å systematisere ting, dokumentere ting og være bevisst på ting.»

#### 4.4.5 Egen makt og påvirkningskraft

Den makten som kommer til uttrykk fra helse- og omsorgsledere er det som Weber kaller *legal-rasjonell autoritet* (Weber, 1968). I kraft av sin stilling og posisjon har de autoritet som igjen gir påvirkningsmulighet og makt. Denne autoriteten kan også betegnes som *ekspertmakt* (jfr. kap. 2.3).

«Min mulighet som overordnet helse- og omsorgsleder til å påvirke. Den påvirkningen har vært ganske stor», sier en av respondentene.

Samtlige respondenter fremhever sin egen makt som overordnet leder. Jeg ser her på det å ha innflytelse, det å kunne påvirke, som det å ha makt. Tilsvarende ser vi i Nordlandsforsknings rapport blant toppledere. Der sier topplederne at de har betydelig grad av innflytelse. De har stor frihet til å omdisponere sine budsjetter, stor frihet til å omdisponere personalet og har stor innflytelse på avgjørelser som inngår i den daglige driften (NF rapport 4/2014).

Respondentene fikk alle spørsmål om å reflektere over sin egen mulighet til å påvirke og å utøve makt og samtlige respondenter svarte positivt på dette. igjen er det deres *posisjonsmakt* og *ekspertmakt* som kommer til uttrykk (jfr. kap. 2.3). To av respondentene sier det slik:

Ja, makt - det har jeg masse av! Rådmannen har delegert alt til enhetslederne. Det er noen områder men svært få som ikke er delegert. Det handler om hvordan jeg bruker ramma mi og det er jo i seg selv... og det står jeg fritt om hvordan jeg gjør det. Utfra virksomhetsplaner. Ut fra 53 plasser skal jeg drive en tjeneste av høy kvalitet og alt det. Ja i forhold til de spilleregler som er og det er hverdagens.... Vi legger ned stillinger og oppretter stillinger, men alt innenfor ramma (latter). Makt – hva er det? Makt er også å delegere videre og ha tillit til at de som kjenner hvor skoen trykker og på en måte klare å få maksimalt ut av organisasjonen.

Jeg tenker at jeg kunne bruke min faglige makt fordi at var ikke noen andre over meg som satt med den fagkompetansen. Så sånn sett så kan du jo bruke posisjonen din i forhold til å påvirke den tjenesten som du faktisk er satt til å lede. Og da hadde jeg heller ikke holdt ut i en sånn stilling over så lang tid hvis du ikke hadde følelsen ta at du hadde makt til å påvirke tjenesten slik du ønsker. Noe av motivasjonen for å ha en sånn jobb er fordi du ønsker å påvirke hvordan tjenesten skal være. Jeg tror ikke jeg hadde orka å sitte i en sånn stilling i 10 år hvis jeg ikke hadde følt at jeg hadde påvirkningskraft på det.

En av respondentene uttrykker det slik: «Jeg har direkte innflytelse på de økonomiske prioriteringene og kan begrunne prioriteringene i forhold til det faglige. Jeg sitter selv i de viktigste fora» og fortsatte: «Det har man når man sitter i en sånn stilling. Det er å ha makt. Og det å bruke den positivt til å øke kvaliteten det mener jeg er viktig. Det ligger jo i denne type jobb. Det er det som driver meg framover hele tiden.» Det å sitte i de riktige fora gir *legitim makt* sier Lai. I likhet med det å ha *ekspertmakt*. Det å ha *legitim makt* i en stilling gir en rett til å utføre visse oppgaver og ta beslutninger (jfr. kap. 2.3). En annen av respondentene uttalte:

Som overordnet leder for helse- og omsorgstjenesten har jeg mye makt. Helt enormt tenker jeg. Men jeg tenker at jeg må få tillagt den og. Jeg kan ta den men bare så mye jeg får allikevel.. så noen må gi meg den. Men mitt ansvar er å forvalte den på en annen måte, en dårligere måte eller bedre måte. Men jeg har i alle fall stått for at vi skulle levere på, jeg veit ikke helt om mitt mantra har vært kvalitet, men om du spør så ligger djupt inni meg at det er en selvfølgelig del for det blir ingen ting uten. Men jeg tror at nivået på det, hvordan vi definerer det så kan det være noen som mener noe annet. Men jeg kan stå inne for det.

Det å få *delegert makt* er også en type legitim makt, sier Lai (jfr. kap. 2.3). Flere av respondentene reflekterte over egen stilling og mulighet til påvirkning under intervjuene. Det er nok også derfor disse lederne som ble intervjuet har så lang fartstid og erfaring som overordnet leder i helse- og omsorgstjenesten. De ønsker å ha mulighet til å påvirke og gi direkte innflytelse på virksomhetsområdet. Tre av respondentene formulerte det slik:

Jeg brenner for området. Og det har jeg gjort bestandig ellers hadde jeg ikke orket å være i en sånn stilling. Og det handler hele tiden om å sikre befolkningen det de rettmessig har krav på og være smart og være i dialog med brukerne. Tenke framtidsretta. Så hvis jeg hadde fått mye klager og det hadde vært mye avisskriverier hadde nok det påvirka meg. For det gjør det jo for jeg vil jo ikke at det skal være sånn. Jeg vil at vi skal være stolte av den jobben som vi gjør.

Veldig viktig å være seg bevisst den rollen en har som pasientens eller brukerens talerør. Du kan ikke forvente at det er noen andre fra andre områder eller politisk som går inn og forsvarer den tjenesten og kvaliteten på den tjenesten vi har ansvar for. Når du velger å ta en topplederstilling så ligger det veldig mye ansvar i forhold til den faglige integreringen. Det å veta at du har ryggen klar og kan forsvare pasientens behov. Det er ingen andre som gjør det. Vi er pasientens ambassadør så absolutt.

Jeg tenker at gode helsetjenester, rettferdig fordelinger, altså en helhetlig tanke på det vi driver med i helse i vår kommune – det driver meg. Jeg synes det er utrolig gøy at og givende at vi lykkes i det – ja det driver meg – hver dag.

Denne type *stillingsmakt* er klart avgjørende for at en overordnet helse- og omsorgsleder lykkes i sin påvirkning. Samtidig er det nødvendig med en grad av *referansemakt*. Referansemakten er ofte det som omhandler karisma. Det at en leder er karismatisk gir lederen en større mulighet til å få med seg sine medarbeidere. Hvis vi ser dette opp mot det å ha nødvendig kunnskap, som en del av *ekspertmakt*, har lederen en stor gjennomføringsevne. Men kunnskap gir bare makt dersom den er anerkjent av andre, sier Lai (jfr. kap. 2.3).

I Skoglund & Skoglunds masteravhandling oppsummerte de at lederne opplevde at de hadde innflytelse på selve utførelsen av arbeidsoppgavene, men svært liten innflytelse eller i organisasjonen. Det er litt ulikt hva jeg så i min forskning, men Skoglund & Skoglund intervjuet ikke toppledere slik jeg gjorde. Det de så var at personlig innflytelse oppleves kun på eget nivå og nedover, men sjelden oppover i systemet. Det samsvarer også med mine funn, da respondentene har hatt en ønsket beslutningsmakt på høyere nivå, men den opplevde beslutningsmakten ligger på eget nivå (Skoglund & Skoglund, 2014)

#### 4.4.6 Makt og påvirkningens betydning for kvaliteten

Alle respondentene gav uttrykk for at ulike instanser, og også de selv, har makt og påvirkningskraft. Gjennom denne kan de påvirke kvaliteten på tjenesten. En av respondentene trakk fram organiseringen av tjenesten, internkontroll og kvalitetssystemer, brukerundersøkelser og fylkesmannen i hva som gir tjeneste av god kvalitet, i samme uttalelse;

Ja hva er god kvalitet? At vi ikke får klager da (latter). Vi har få klager. Dette er noe vi har snakka mye om. Den nye lederen på tildelingsenheten mener at vi er ganske greie her. Hvilket nivå skal vi legge oss på? Hva er godt nok? Hva har vi råd til? Og det er en evig diskusjon. Nå går vi gjennom rutiner og prosedyrer. Vi har et nytt kvalitetssystem og da må



vi gå gjennom alle rutiner, prosedyrer og prosesser. Da får du sånne diskusjoner da. Så den diskusjonen har vi og nå skal vi innføre fritt brukervalg i praktisk bistand. Og det innebærer at vi har måttet gå denne runden fordi at det skal være samme krav til den private som den kommunale tjenesten. Så det er blitt lagt mye sånne rutiner på det. Kvalitet er jo subjektivt óg. Men vi scorer høyt på brukertilfredshet da. Og vi har få klager. Vi har få klager i fylkesmannen også. Vi skulle kanskje hatt noen klager til fylkesmannen for å teste ut om vi er for greie eller ligger vi innenfor?

Hvordan påvirkes tjenestetilbudet og kvaliteten av den enkelte leder spurte jeg en av respondentene, hvorpå hun svarte;

En hel masse. At det endringsarbeidet som vi har vært gjennom som jeg har hatt ansvaret for, omleggingen, strukturendringene etc. Det har jo vært fordi jeg ikke kan stå i hva vi dreiv med den gangen. Da var det nok mange som var fornøyd. Vi gav rundhåndet ut med tjenester til alle men hvem fikk hva og hvorfor dreiv vi med det vi dreiv med. Så det påvirker meg veldig og er helt nødvendig for meg og jeg syns det er morsomt å gå på jobb og utvikle, være strategisk at det er god kvalitet helt ut til ytterste ledd.

«Tilsynene fra Fylkesmannen bidrar til å bedre kvaliteten på tjenesten. Det mener jeg og er ganske sikker på. Fremfor alt det å systematisere ting, dokumentere ting og være bevisst på ting», uttalte en av respondentene. «Det er jo egentlig i møte mellom pasienten og medarbeideren som er med på å skape kvaliteten. Så det er jo egentlig å ha gode holdninger og å skape god bevissthet rundt at dette er viktig. Det er det du gjør når du møter fru Hansen som gir den gode kvaliteten», sa en annen.

Påvirkning og innflytelse er makt. I Nordlandsforsknings rapport sier også topplederne at de selv har stor påvirkningskraft og mulighet til selv å bestemme. Kvalitet er et lederansvar. Lederansvaret er forankret i lovkravene. I tillegg presiseres lederansvaret i Stortingsmelding 11. Lederne i min studie var alle bevisst sitt overordnede ansvar for virksomheten.

Jeg har gjennom intervjuene i min avhandling og Nordlandsforsknings resultater vist at ulike aktører har stor makt og påvirkningskraft som influerer på kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Noe jeg regnet med at ville kommet klarere fram var medias påvirkning. Det viser seg at lederne i denne forskningen takler medias påvirkning godt og kun til en viss grad påvirkes kvaliteten av mediaoppmerksomheten.

## 5. Diskusjon av problemstillingen og underliggende spørsmål

I metoden for datainnsamling til denne avhandlingen benyttet jeg kvalitativ metode. Som jeg redegjorde for i kap. 3 benyttet jeg en delvis strukturert tilnærming på intervjuene. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide med en hovedoppdeling over de temaene jeg ønsket skulle bli belyst. Ellers var ordet fritt. Det å finne temaer og strukturere funnene etter intervjuene var ingen enkel oppgave. Når respondentene får snakke så pass fritt får de også frihet til å komme med det de mener er det viktige i forhold til tema som jo var makt og påvirkning. Med andre ord så hadde jeg mye stoff som kunne analyseres videre.

Når hovedproblemstillingen er hvilke forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten, er det et utall gode eksempler på hva som påvirker kvaliteten. Jeg forholdt meg likevel tro til de hovedtemaene jeg hadde satt opp på forhånd og det er disse temaene som jeg her vil gi en oppsummering på.

### 5.1 Har ledelseskompetanse betydning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?

God fagkompetanse har avgjørende betydning for å sikre en god kvalitativ tjeneste. Det viser lovgivning, forskrifter, stortingsmeldinger, utredninger, politiske satsningsområder, forskning og ikke minst praksis. Det gav også mine respondenter uttrykk for. «Vi får gitt en bedre tjeneste med fagkompetansen på plass».

Hvis vi ser dette opp mot fortolkningsrammene til Bolman & Deal i *human-resource perspektivet*, så må du som en god leder etter dette perspektivet sette menneskene i organisasjonen foran alt annet. En slik leder har sterk tiltro til sine medarbeidere og det er en stor grad av myndiggjøring.

Når vi trekker fram det *strukturelle perspektivet* og ser hvordan den gode strukturelle lederen er, må lederen være dyktig på fagfeltet sitt. Lederen må være eksperten. Den strukturelle leder er en som er dyktig på struktur og strategi og kan se fremover, er innovativ. En strukturell leder er sikker i sin sak og bidrar med sin ekspertise (Bolman & Deal, 2009).

Gjennom flere år har ledelseskompetanse også blitt trukket fram som viktig i offentlig sektor. Gjennom Stortingsmelding 11 viser regjeringen med tydelighet at ledelsen må styrkes for at målet om en bedre og tryggere tjeneste fremover. (Meld. St. 11, 2014-2015).

Samtlige respondenter i min forskning, vektla ledelse som profesjon og nødvendigheten av at denne må styrkes for å møte dagens og morgendagens utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Det viktige blir da det systematiske arbeidet lederne må ha innen kvalitetsledelse. Det å drive kvalitetsstyring som innebærer både kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Slik også Nygren trekker fram i de fem dimensjonene for TotalKvalitets ledelse; Den eksterne dimensjonen, lederskapsdimensjonen, menneskedimensjonen, kunnskapsdimensjonen og prosessdimensjonen. (Nygren, 1999)

Ledelseskompetanse har dermed stor betydning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Den nye ISO standarden for kvalitet som kommer nå i 2015 fremmer også lederskap som den viktige faktoren for å lykkes med kvalitetsutvikling. Samtidig bevilger regjeringen 30 millioner i årets budsjett til utvikling av et kommunalt helse- og omsorgsregister. Hvis vi skal få mer kvalitet i tjenestene, må vi også få mer kunnskap om kvalitet.

## **5.2 Er det sammenheng mellom politisk og administrativ organisering og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?**

Respondentene i min avhandling, har alle uttrykt at det er sammenheng mellom politisk og administrativ organisering og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Politisk er kommunene i utvalget organisert forskjellig. Det å ha egne komiteer eller utvalg for helse og omsorg, sier de vil være positivt for tjenesten. Det og hele tiden, som øverste leder for tjenesten, konkurrere med andre virksomhetsområder om oppmerksomheten, oppleves som frustrerende.

Den politiske og administrative organiseringen og mulighet til påvirkning kan vi se i lys av Eastonmodellen. Organiseringen vil gi forskjellige muligheter til påvirkning, det å gi «input». Det vil igjen føre til at de «riktige» politiske vedtakene gjøres slik at forvaltningen gir tjeneste av god kvalitet (jfr. Hill, Baldersheim & Rose, Østerud, Høyer).

Kommunestyrets oppgave er å utvikle en langsiktig strategi for kommunens utvikling og dermed også for helse- og omsorgstjenesten. Kommunestyrene kan ikke lykkes uten en kompetent administrasjon. Administrasjonen må ta ansvar for å utvikle strategien og legge denne frem for kommunestyret. Bakgrunnen for dette er at administrasjonen har den dype og nødvendige innsikten i alle kommunens planer for å kunne utvikle dette videre. En kan ikke forvente at kommunestyrets medlemmer har den samme kompetanse som administrasjonen.

Dette kan imidlertid til en viss grad oppnås ved å ha egne utvalg eller komiteer som er dedikert til nettopp dette område og har mulighet til å møte den øverste lederen for tjenesten.

Alle respondentene er organisert administrativt i noe som kan likne to-nivå modellen. Likevel uttrykker flere at det er «for» lang vei til beslutningene og at de ikke får være med der beslutningene tas. Det viser seg at flere kommuner likevel vender tilbake til den mer hierarkiske oppbygningen nå, slik det var tidligere. (jfr. NIBR rapporten). Bakgrunnen for dette er den tyngden hovedområdet dermed har for å påvirke øverste administrative ledelse og det politiske. Når det gjelder administrativ organisering og organisering av stab- og støttefunksjoner, etterspør respondentene mer faglig støtte i forhold til økonomioppfølging. Det er et krav til den overordnede lederen at de skal ha kontroll på økonomien, men det avsettes ikke ressurser til dette. Det er ikke nok å ha en økonomiavdeling i stab til rådmann, men må sikres i egen enhet med økonomirådgiver og/ eller controller i egen enhet for bedre kontroll, oversikt og oppfølging.

Når øverste leder er i et krysningspunkt mellom det å være en politisk leder, en forvaltningsleder og en tjenesteleder, jfr. PAIE modellen (Strand, 2007) må også de organisatoriske forholdene legges til rette.

### **5.3 Påvirkes ledere av helse- og omsorgstjenesten av aktører som benytter makt og påvirker dette dermed kvaliteten på tjenesten?**

«Definisjoner av makt dreier seg som regel om årsaksforhold, det vil si om evnen til å forårsake noe, til å frembringe et resultat, gjennomføre en forandring eller å forhindre en forandring.» (Store norske leksikon)

Respondentene i min forskning trakk fram flere aktører som benyttet makt eller maktliknende begrep i et forsøk på å påvirke tjenestetilbudet. Det var direkte fra pasienter/ brukere eller deres pårørende. Det var fra råd og utvalg. Det var også fra både administrativ og politisk ledelse. Påvirkning fra tilsynsmyndigheter trekkes fram i eget forskningsspørsmål.

Media ble benyttet i noe grad for å fremme de forskjellige aktørers syn. Dette var et av funnene som jeg i min forskning ble litt forundret over, da jeg trodde at medias makt var større. Det viste seg at dette kun hjalp i enkeltsaker, men gav ikke uttelling for tjenesten generelt. Så selv om media setter dagsorden og bestemmer vinklingen på uttalelsene, (jfr. Sander) mener likevel respondentene at media ikke påvirker tjenesten i vesentlig grad.

«Det er press fra politikere hele tida», uttalte en av respondentene. Politikernes makt og påvirkning i budsjettprosessen har stor påvirkning på prioriteringer av tjenester til brukerne/befolkningen. (også kalt pluralisme jfr. Hill og Baldersheim & Rose ).

Med referanse til Webers forståelse av maktbegrepet forstår jeg at overordnet helse- og omsorgsledelse selv har både posisjonsmakt og ekspertmakt i kraft av sin stilling, også kalt legitim makt. En stilling gir rett til å utføre visse oppgaver og ta visse beslutninger. Det er altså stillingene i seg selv og ikke personen som har makt. jfr. Weber og Lai i kap. 2.3. Men lederne er selv også offer for det samme med tanke på både overordnet administrativ og politisk ledelse. Den opplevelsen flere har ved å ikke bli sett av øverste administrative ledelse eller at nødvendig og riktig informasjon for å belyse saken blir holdt tilbake, er både bruk av posisjonsmakt og negativ makt jfr. Weber. Likeens har også respondentene en opplevelse av ikke å være med der beslutninger tas i det politiske spillet jfr. PAIE modellen til Hill. Skillet mellom det politiske og det administrative trekkes fram av respondentene som viktig jfr. Busch som også trekker fram dette i sin artikkel om at «krysspress preger hverdagen for ledere i offentlig sektor.»

Jeg har ikke gått videre inn på i hvilken grad dette påvirker kvaliteten på tjenesten.

#### **5.4 Påvirker tilsyn kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten?**

I min forskning var respondentene enstemmig i betydningen som tilsyn, og da tilsyn fra Fylkesmannen, har for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Det at de blir sett i kortene og stadig har en «trussel» om tilsyn over seg, bidrar til å holde fokuset oppe på kvalitetsutvikling, styring og internkontroll. Det har gitt en bevisstgjøring rundt kvalitetssystemet og sikring av rutiner og dokumentasjon Respondentene fremhevet arbeidet rundt tilsynene og i etterkant som positivt. Respondentene mente at tilsyn åpenbart gir en bedre kvalitet på tjenesten.

Fylkesmannen benytter både sin posisjonsmakt og ekspertmakt jfr. Weber, i sine metoder for tilsyn. Men makt er også mulighet, mulighet til å påvirke positivt.

Respondentene var likevel bekymret for mediedekningen knyttet til rapportene etter tilsyn og da på grunn av språkformen. Den måten å skrive på var ikke representativt for tjenesten som helhet og kunne sette kommunen i et dårlig lys. Media benyttet da sin negative makt jfr. Weber. Det at media kan sette dagsorden og bestemme vinklingen jfr. Sander, gjør at lederne

må selv være proaktive overfor media for å sikre at mediedekningen blir vinklet positivt for tjenesten.

Når det gjelder tilsyn i forbindelse med klagesaker, var de positive. Ved at Fylkesmannen behandler saker vil de kunne se om tjenesten som tildeles er i tråd med lov- og avtaleverk og kan gi kommunen føringer og sette en standard for liknende saker.

### **5.5 Har helse- og omsorgsledere selv makt som påvirker kvaliteten på tjenesten?**

Samtlige ledere som er blitt intervjuet i denne avhandlingen mener at de selv har stor makt i kraft av sin stilling. Den makten som kommer til uttrykk fra helse- og omsorgsledere er det som Weber kaller legal-rasjonell autoritet (Weber, 1968). I kraft av sin stilling og posisjon har de autoritet som igjen gir påvirkningsmulighet og makt. Denne autoriteten kan også betegnes som ekspertmakt.

«Ja makt – det har jeg masse av», uttalte en av respondentene. En annen uttrykte: «Det har man når man sitter i en sånn stilling. Det er å ha makt. Og det å bruke den positivt til å øke kvaliteten det mener jeg er viktig. Det ligger jo i denne type jobb. Det er det som driver meg framover hele tiden.» Det å sitte i de riktige fora gir legitim makt sier Lai. I likhet med det å ha ekspertmakt jfr. Weber. Det å ha legitim makt i en stilling gir en rett til å utføre visse oppgaver og ta beslutninger.

Helse- og omsorgslederes makt kan også ses gjennom å være en del av det Christensen et al uttrykker som maktfenomener som fastholder og forandrer menneskelige relasjoner og strukturer. Der den substansielle makten koples til de ulike ressursene. Den relasjonelle makten finnes i den relasjonen som oppstår i samspillet mellom helse- og omsorgsleder og politikere, administrasjon, brukere, pårørende etc. som påvirker hverandre. De må igjen forholde seg til den institusjonelle makten som er koplet opp til de lover, regler, normer og rutiner som gjelder for området. (Christensen et al, 2011)

## 6. Konklusjon og veien videre

*«Så jeg bestemte meg ganske tidlig for at det var i kommunehelsetjenesten jeg ville arbeide. Det er der jeg har påvirkningskraft og det er der utviklingen kommer til å skje. (...) Jeg synes balansen mellom politikk og administrasjon er veldig spennende»*

Slik uttrykte en av respondentene det å velge et arbeid som overordnet helse- og omsorgsleder. Et ønske om å påvirke. Det å være i spillet som både policypåvirker og leder av tjenesten.

Min overordnede problemstilling var «Hvilke forhold påvirker kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten?» Gjennom denne forskningen har det kommet fram mange gode eksempler på hva som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. I denne avhandlingen har jeg sett nærmere på ledelseskompetansens betydning for kvaliteten, de organisatoriske forholdenes betydning for kvaliteten og ikke minst om det benyttes makt som påvirkning for å gi en bedre kvalitativ tjeneste. Alle områdene viser at det til en viss grad påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten.

Jeg valgte i denne avhandlingen ikke å komme mer direkte inn på tema kompetanse- og kompetanseheving for å møte morgensdagens utfordringer innen feltet. Både kompetanse- og rekruttering, men også mangel på «hoder og hender», er selvfølgeligheter for kvaliteten på tjenesten. Jeg har i denne avhandlingen satt fokuset på lederen og lederkompetansen. Lederen skal inneha flere roller som policyleder, forvaltningsleder og tjenesteleder (jfr. Strand). Når vi ser lederen i lys av Bolman & Deals fortolkningsrammer, ser vi at lederen må være dyktig på sitt eget fagfelt, den strukturelle rammen. Samtidig som de trekker fram viktigheten av behovet for kompetanse i organisasjonene og ikke nødvendigvis selv å inneha full kompetanse på alle områder, human-resource perspektivet og ikke minst må vi se lederen som den politiske lederen.

Lederen må drive kvalitetsstyring som innebærer både kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Slik også Nygren trekker fram i de fem dimensjonene for TotalKvalitets ledelse; Den eksterne dimensjonen, lederskapsdimensjonen, menneskedimensjonen, kunnskaps-dimensjonen og prosessdimensjonen. (Nygren, 1999). Ledelse er å drive med kontinuerlig kvalitetsarbeid og benytte LEAN og PDCA sirkelen eller andre ledelsesverktøy i sitt lederskap, for bedre kvaliteten på tjenesten. Lederskap må styrkes for å kunne drive

systematisk arbeid med kvalitetsledelse. Uten dette fokuset på kvalitetsledelse, kan man risikere at kvaliteten på tjenesten blir dårlig.

«Makt er å påvirke», sier Lai. Påvirke hva som skal prioriteres. Overordnet ledelse i helse- og omsorgstjenesten må gis mulighet til å påvirke der vedtakene fattes. På Norsk Sykepleieforbunds landskonferanse for ledere i november 2014, utfordret Statssekretær Lisbeth Normann sykepleielederne til å være litt mer som Pippi. «Dere må være proaktive, heller enn reaktive», sa hun og ba sykepleielederne delta mer i den offentlige debatten både faglig men også organisatorisk.

Det har som nevnt vært mange temaer som respondentene trakk fram som viktige som påvirkningsfaktorer for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Jeg har i avhandlingen likevel valgt og være tro mot de tre hovedtemaene som har vært lederkompetanse, organisering og makt/ påvirkning. Jeg har gjennom min forskning sett at makt og påvirkning flettes inn i de andre temaene. Det hadde derfor vært meget interessant og forsket mer på makt og påvirkning knyttet opp mot deltemaene om lederskap og organisering. Samtidig som hovedfokuset ville vært på kvaliteten på tjenesten.

Busch, Vanebo, Valstad og Similä har nedsatt et prosjekt kalt «Ny offentlig ledelse». Dette prosjektet tar for seg de endringene som skjer i offentlig ledelse hvor det stilles sterkere krav til profesjonell ledelse i det offentlige. Prosjektet søker å beskrive og forstå ledelse i offentlig sektor gjennom case hvor gjennomføringen av samhandlingsreformen i helsevesenet står sentralt. Reformen gir utfordringer knyttet til ny offentlig ledelse. Ledelsesutfordringene er flere men blant annet nevnes organisering og oppgaveløsning, autoritet for leder i gjennomføringen og ikke minst samhandlingen mellom politikere og administrative ledere til å spille på lag/bygge opp hverandres autoritet/ha respekt for hverandres roller. (Busch et al, 2014). Det skal bli spennende å følge dette prosjektet videre.

*«Større kvalitet i omsorgstjenesten, gir mer verdighet. Verdighet kan ikke vedtas, den må skapes, hver dag. Den skapes i sannhetens øyeblikk. I de mange møtene mellom den som trenger hjelp og den som yter den. Det er titusenvis av slike øyeblikk i Norge hver eneste dag, det er disse alt handler om.» (Trøan, artikkel)*



## Litteraturliste

- Baldersheim, H., & Rose, Lawrence E (red.) (2005) *Det kommunale laboratorium*. Bergen, Fagbokforlaget
- Bakken, Tore, Forelesninger MPA 8, HiHm Rena, 2013-2014
- Bolman, Lee G. og Deal, Terrence E. (2009), *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Busch, Tor (2014) *Presses fra to sider* - Artikkel i Ukeavisen Ledelse nr. 26
- Busch, T; Johnsen, E; Vanebo, J (2009) *Økonomistyring i det offentlige*, Oslo, Universitetsforlaget
- Christensen, Tom; Lægreid, Per; Roness, Paul G.; Røvik, Kjell Arne (2010) 2. utgave *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, Universitetsforlaget, Oslo
- Christensen, Søren; Jensen, Poul Erik Daugaard; Lindkvist, Lars (2011) *Makt, beslut, ledarskap*, SNS Förlag, Stockholm
- Esaiasson, Peter; Gilljam, Mikael; Oscarsson, Henrik; Wängnerud, Lena (2012) *Metodpraktikan*, Norstedts Juridik, Stockholm
- Hill, Michael (2009) *The public policy process*. Harlow: Pearson Education
- Høyer, Hans Christian (2012-2013) Forelesninger MPA 8, Rena
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*, Høyskoleforlaget, Kristiansand
- Jensen, Birgitte Enslev & Kahr, Petter Greve (2007) *Lean med hjertet*, Børsens forlag, Danmark
- Jensen, Bjarne (2007) *Offentlige velferdsgoder*, Rapport nr. 12-2007, Rena, Høgskolen i Hedmark
- Jensen, Bjarne (2012-2013) Forelesninger og presentasjoner MPA 8 – samlingene 1-9. Rena, Høgskolen i Hedmark
- Jensen, Bjarne og Monsen, Norvald (2009) *Regnskap i stat og kommuner*, Rapport nr. 7, Rena, Høgskolen i Hedmark
- Johannessen, Asbjørn; Tufte, Per Arne; Christoffersen, Line (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, abstrakt forlag, Oslo
- Kasa, Sjur (2012-2013) Forelesninger MPA 8, Rena
- Kvale, Steinar et al (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal akademiske, Oslo
- Lai, Linda (2014) *Makt og påvirkningskraft*, Cappelen Damm, Oslo
- Madsbu, Jens Petter, Forelesninger MPA 8, HiHm Rena, 2013-2014
- Madsbu, Jens Petter, Artikkel *Hvordan etablere vitenskapelig kunnskap om samfunnet*, handsout

- Myklemar, Anita (2014) *Makt og påvirkning*, Artikkel i Ukeavisen Ledelse nr. 35/2014
- NF rapport - Nordlandsforskning (2014) *Sykepleieledere og ledelse*, Rapport 4/2014
- NOU, *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*, 2014:12
- Nygren, Pär (1999) *Udvikling og kvalitet i psykosocialt arbejde*, Dansk psykologisk Forlag
- Rasch, Bjørn Erik (2009) *Demokrati - Ideer og organisering*. Bergen, Fagbokforlaget
- Stortingsmelding 11, Meld. St 11 (2014-2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*
- Strand, Torodd (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*, Fagbokforlaget
- Thagaard, Tove (2010) *Systematikk og innlevelse*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Tranøy, Bent Sofus, Forelesninger MPA 8, HiHm Rena, 2013-2014
- Veggeland, Noralf – artikkel – *Økonomisk fundamentalisme og kvalitetsledelse*, Ukeavisen ledelse nr. 31 / 2014
- Weber, Max (1968) *Economy and Society*, Berkely, California: Berkely University of California press
- Østerud, Øyvind (2007) *Statsvitenskap – Innføring i politisk analyse*. Oslo, Universitetsforlaget
- Østre, Stein (2007) *Resultatstyring i det offentlige*, Rapport nr. 13-2007, Rena, Høgskolen i Hedmark

**Andre dokumenter, artikler, rapporter, lover og retningslinjer mm. med nettsadresser:**

- Bigseth, Trond & Kjørholt, Vigdis Saga – from <http://www.magma.no/betydningen-av-personlige-egenskaper-naar-ledere-skal-ansettes>
- Busch, Vanebo, Valstad og Similä (2014) – from <http://www.ny-offentlig-ledelse.no/>
- Eeg-Larsen, Sissel – Maktbegrepet - from [http://home.hio.no/~sissele/fag\\_samf/fag/med\\_sosiologi/makt/begrepet.htm](http://home.hio.no/~sissele/fag_samf/fag/med_sosiologi/makt/begrepet.htm)
- KOSTRA – from <https://www.regjeringen.no/nb/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/litteratur-lenker-og-arkiv/historisk-arkiv/id412925/>
- Kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester - Artikkel <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/kvalitet-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- Kvalitetsforskriften – from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften>
- Lov om helsepersonell – from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. – from

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om kommuner og fylkeskommuner – from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107?q=kommuneloven>

Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd – from

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1991-11-08-76>

Lov om pasient- og brukerrettigheter – from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om planlegging og byggesaksbehandling – from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>

Lov om råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne – from

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-58>

Masteravhandling – Skoglund & Skoglund – from

<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132429/SkoglundSkoglund.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Masteravhandling – Haustreis – from

<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/196637/Haustreis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring – og bedre skal det bli (IS 1162)– from

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf>

NIBR rapport 2012:21, *Kommunal organisering 2012* – from

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/rapporter/rapporter\\_2012/2012-21.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/rapporter/rapporter_2012/2012-21.pdf)

Sander, Kjetil i artikkelen – *Media den fjerde statsmakt* from- <http://kunnskapssenteret.com/media-den-fjerde-statsmakt/>

Store norske leksikon- from <https://snl.no/forskning>

SSB (KOSTRA) – from [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Trøen, Tone Wilhelmsen – artikkel -*Kultur for kvalitet* – from

<http://www.dagensmedisin.no/blogg/tone-wilhelmsen-troen/kultur-for-kvalitet/>

Veileder til Kvalitetsforskriften – from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>

## Norsk sammendrag

Når media setter søkelyset på den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det gjerne på bakgrunn av at pasienter eller pårørende mener at kvaliteten på tjenesten er for dårlig. Som overordnet leder har jeg selv undret meg over hva det er som påvirker kvaliteten på tjenesten ut til brukerne. Både kompetanse- og rekruttering, men også mangel på «hoder og hender», er selvfølgeliger for kvaliteten på tjenesten og jeg valgte i denne avhandlingen ikke å komme mer direkte inn på tema kompetanse- og kompetanseheving for å møte morgensdagens utfordringer innen feltet. I stedet er det i denne avhandlingen, satt fokuset på lederen og lederkompetansen og hvilke forhold de ser påvirker kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For å understøtte problemstillingen har avhandlingen tatt for seg følgende forskningsspørsmål: *Har ledelseskompentanse betydning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? Er det sammenheng mellom politisk og administrativ organisering og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? Påvirkes ledere av helse- og omsorgstjenesten av aktører som benytter makt og påvirker dette dermed kvaliteten på tjenesten? Påvirker tilsyn kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? Har helse- og omsorgsledere selv makt som påvirker kvaliteten på tjenesten?*

For å besvare forskningsspørsmålene er det benyttet en kvalitativ studie med en intervjuguide. Den kvalitative studien har hatt en delvis strukturert tilnærming. Respondentene har fått tale fritt om sin arbeidshverdag dog innenfor de ulike forskningsspørsmålene. Det var i alt 5 informanter. I tillegg er det i avhandlingen trukket veksler på rapporten til Nordlandsforskning nr.4/2014, som tar for seg sykepleieledere og ledelse, for å se om funnene er samsvarende.

Funnene i denne avhandlingen viser at det er mange gode eksempler på hva som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. I denne avhandlingen har jeg sett nærmere på ledelseskompentansens betydning for kvaliteten, de organisatoriske forholdenes betydning for kvaliteten og ikke minst om det benyttes makt som påvirkning for å gi en bedre kvalitativ tjeneste. Alle områdene viser at det til en viss grad påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten.

Det viktigste er at lederrollen styrkes da lederen skal inneha flere roller som policyleder, forvaltningsleder og tjenesteleder. Overordnet ledelse i helse- og omsorgstjenesten må gis

mulighet til å påvirke der vedtakene fattes. «Bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenesten. Regjeringen vil arbeide for å begrense uberettiget variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitetshensyn», står det i Stortingsmelding 11. Lederskap må styrkes for å kunne drive systematisk arbeid med kvalitetsledelse. Det å drive kvalitetsstyring som innebærer både kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring. Uten dette fokuset på kvalitetsledelse, kan man risikere at kvaliteten på tjenesten blir dårlig.

## Abstract

When writing about the municipal health and care services, the media often rely on reports from patients or relatives who believe that quality of service aren't good enough. As a senior manager I've often wondered what affect the quality of the service. In order to provide a good quality service the focus is often on having enough people to do the job with sufficient education and/ or experience. In this thesis I have chosen not to focus on this aspect but have chosen to investigate how management practices, at the senior level, can impact on the quality of municipal health care services.

To support the main question I have addressed the following underlying research questions:

*Does management expertise affect the quality of health care services? Is there a connection between the political and administrative organization and the quality of the health care services? Are managers of health care services affected by operators, with a position of influence, and does this impact on the quality of the service? How do the relevant official authorities affect the quality of health care services? Have healthcare leaders the power to affect the quality of service?*

To answer these research questions, I have used a qualitative study approach based up on a structured interview. The respondents were able to speak freely about their everyday work, within the different research question areas. There were five interviewees. The report of Nordlandsforskning no.4 / 2014, a thesis on nursing leaders and leadership, was used as comparative material, to see if the findings were consistent.

The findings in this thesis show that there are many good examples of what can affect the quality of health and care services. In this thesis, I have looked at the management skills and importance for quality, the organizational factors' importance for the quality and, last but not least, the use of influence (social, political or otherwise) as inducement to give a better quality service. All areas show to a certain extent, impacts on the quality of health and care services.

The main finding is that the leadership role must be strengthened. The manager requires multiple roles from policy director, to administrative director as well as leader of the service. Senior managers in health and care services must be given the opportunity to influence decision making quality. In a governmental White Paper (Stortingsmelding 11) it is and trust in the service will be ensured through changing and improving quality systems,

leadership and patient communication. The Government will seek to limit variations in care quality, to strengthen management and adapt quality driven practices.”

Leadership must be strengthened in order to conduct systematic work with quality management. This involves both quality assurance and quality improvement. Without this focus on quality from senior management the quality care, at the patient interface, can be reduced.

## Vedlegg

### Vedlegg 1 - Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten - Kvalitetsforskriften

#### § 1. Formål

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

#### § 2. Virkeområde

Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Dersom deler av disse tjenestene utføres av private, skal kommunen ved avtale sikre seg at denne forskriften også blir fulgt i den private partens utførelse av tjenestene.

#### § 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning



- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

#### § 4 *Ikrafttreden*

Denne forskrift trer i kraft 1. juli 2003. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 27. februar 1997 nr. 358 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9.

**Vedlegg 2 – Brev med invitasjon til intervju**

Gitte Christine Korvann  
Kalkbrennerveien 6  
1487 Hakadal  
951 74 757  
gitte.korvann@gmail.no

Til  
Intervjuobjekter

Hakadal, 15. september 2014

**Forespørsel om intervju i forbindelse med mastergradsavhandling**

Undertegnede tar master i offentlig ledelse og styring (MPA) på Høgskolen i Hedmark på Rena. I min mastergradsavhandling ønsker jeg å forske på «Hvilke forhold påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten? Med fokus på kompetanse, organisering, makt og påvirkning.»

Intervjuene vil bli foretatt høsten 2014 og vil ta ca. 1-1/2 time. Jeg møter deg der du synes det er mest passende. Til orientering blir intervjuene tatt opp og transkribert i ettertid. Intervjuet oversendes deg for korrekturlesing.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I oppgaven vil alle intervjuobjekter bli anonymisert, som f.eks. Helse- og omsorgsleder.

Det er frivillig å delta i studien. Jeg håper du kan ta deg tid til dette i din hektiske arbeidshverdag og ber deg kontakte meg på telefon, sms eller epost. Dersom du ønsker kan intervjuguiden oversendes på forhånd.

Studien er meldt til Personvernet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Gitte Christine Korvann  
Masterstudent MPA

### **Vedlegg 3 - Intervjuguide**

#### **Opplysninger om informanten:**

1. Stilling
2. Erfaring
3. Formell utdanning og grad
4. Karriereløp
5. Kort beskrivelse av arbeidssituasjon

#### **Opplysninger om organisering og kompetansen:**

- a) Hvordan er kommunen organisert?
- b) Hvordan er virksomheten organisert?
- c) Lederkompetanse?
- d) Manglende kompetanse i virksomheten?

#### **Opplysninger om arbeidshverdagen:**

Hva er hovedoppgavene du gjør nå om dagen?

Hvilke krav og forventninger er det til deg som leder?

Hvilket forhold har du til din nærmeste leder?

I hvilken grad føler du at du får støtte fra nærmeste leder?

Har du nødvendig ressurser tilgjengelig for å kunne gjøre ditt arbeid?

#### **Mulighet til innflytelse:**

- a) Har du mulighet til å påvirke de økonomiske prioriteringer?
- b) Hvordan blir du involvert i beslutninger?
- c) Har du selv påvirkningsmulighet?

**Eksempler på situasjoner hvor det benyttes makt/ påvirkning:**

Har du i din nåværende stilling blitt utsatt for press i ditt arbeid? (politikere, media, overordnet, underordnet, pårørende, pasienter, offentlig myndighet (fylkesmann) etc...)

- a) Vil du fortelle om det?
- b) I så fall på hvilken måte?
- c) Hvem benytter seg av det?
- d) Hvem påvirker beslutningene?
- e) Hva var bakgrunnen eller hensikten?
- f) Hva skjedde? Hvordan oppstod det?
- g) Har det hatt betydning for kvaliteten?

**Kvalitet:**

Opplevelse av kvalitet er individuell – hvordan definerer du en tjeneste av god kvalitet?

Har dere benyttet noe analyseverktøy for å se på kvaliteten av tjenesten?

- a) Hvilke type analyser/ undersøkelser?
- b) Har det ført til økte rammer/ reduserte rammer?
- c) Har det hatt betydning for kvaliteten på tjenesten?

Hvordan påvirker tjenestetilbudet og kvaliteten på tjenesten deg som leder?

- a) Har det påvirket deg som leder?
- b) I så fall i hvilken retning?
- c) Har det gått på bekostning av din egen faglige integritet?